

Entwicklung eines Gemeinwesenzenzentrums mit integrierter Gesundheitsversorgung

Ein allgemeines Handbuch und vier Konzepte für die Marktgemeinde Orth an der Donau

Mag. Oliver Auer, BA
1510597801
so151801@fhstp.ac.at

Sandra Herold, BA
1610597829
so161829@fhstp.ac.at

Sarah Maria Laminger, BA, BA
1610597813
so161813@fhstp.ac.at

Mag. Marlies Presser
1610597818
so161818@fhstp.ac.at

Patricia Renner, BA
1618197830
so161819@fhstp.ac.at

Magdalena Seidl, BA
1610597822
so161822@fhstp.ac.at

Lisa Stöger, BEd
1610597830
so161830@fhstp.ac.at

Masterthese

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

Im April 2018

Erstbegutachter*in: FH-Prof. Mag. (FH) Dr.PhDr. Christoph Redelsteiner, MSc
FH-Prof. Mag. Dr. Michaela Moser

Zweitbegutachter*in: FH-Prof. DSA Kurt Fellöcker, MA, MSc

Abstract

Mag. Oliver Auer, BA

Sarah Maria Laminger, BA, BA

Patricia Renner, BA

Sandra Herold, BA

Mag. Marlies Presser

Magdalena Seidl, BA

Lisa Stöger, BEd

Entwicklung eines Gemeinwesenzzentrums mit integrierter Gesundheitsversorgung.

Ein allgemeines Handbuch und vier Konzepte für die Marktgemeinde Orth an der Donau.

Masterthese, eingereicht an der Fachhochschule St. Pölten im April 2018.

Die vorliegende Masterthese beschreibt die Entwicklung eines Konzepts für ein Gemeinwesenzzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung in der niederösterreichischen Marktgemeinde Orth an der Donau. Unter dem Titel „GeSo Orth“, der für „Gesundheit und Soziales Orth an der Donau“ steht, arbeitete von Oktober 2016 bis Juni 2018 eine Forschungsgruppe, bestehend aus sieben Studierenden, zwei Professor*innen und einem Forschungsassistenten an diesem Forschungsauftrag. Entsprechend diesem wurde ein allgemeines Handbuch für andere interessierte ländliche Gemeinden erarbeitet. Mit dem Zentrum soll die gesundheitliche Versorgung der Gemeinde Orth an der Donau nachhaltig sichergestellt werden. Wichtig ist hierbei, dass alle Bürger*innen mit Hilfebedarf adäquat versorgt, überbeanspruchte Systeme entlastet und bestehende Hilfesysteme gestärkt und eingebunden werden. Die Versorgung soll, im Sinne eines erweiterten Gesundheitsbegriffs, welcher körperliche, geistige und soziale Bedürfnisse berücksichtigt, durch ein interprofessionelles Team erbracht werden. Ein zentraler Aspekt im Forschungsprojekt GeSo Orth betraf die Frage, wie ein

Konzept für ein Gemeinwesenzentrum, welches sowohl die angemessenen medizinischen Hilfestellungen als auch soziale Angebote sowie Möglichkeiten der Selbstorganisation und Eigenaktivität der Bürger*innen integriert, in und mit einer Gemeinde entwickelt werden kann. Neben der Zusammenarbeit mit den gewählten Gemeindevertreter*innen, dem Gemeindegemeinschafts-Kreis "Ärztzentrum/Rettungsdienste" und Interessenspartner*innen aus dem lokalen und regionalen Sozial- und Gesundheitswesen kam daher der Beteiligung der Orther Bürger*innen in der Konzeptentwicklung eine wichtige Rolle zu. Die partizipative Forschung und die Gemeinwesenarbeit, ein Ansatz aus der Sozialen Arbeit, boten dafür den nötigen methodischen und theoretischen Rahmen. Um auf die nötigen Wissensbestände für die Beantwortung der Forschungsfragen zugreifen zu können, wurde eine Methodenverknüpfung gewählt. Daten aus verschiedenen Quellen wurden verwendet. Es wurde auf bereits vorhandenes Datenmaterial wie Statistiken zurückgegriffen, und es wurden selbst Daten mittels Sozialraumbegehung, Expert*inneninterviews, Bürger*innenbeteiligung sowie Interviews und Beobachtungen bei Best Practice-Modellen erhoben und ausgewertet. Die Daten und Teilergebnisse aus den unterschiedlichen Erhebungen wurden bei der abschließenden Analyse verknüpft und davon die Konzeptbausteine abgeleitet. Diese bildeten die Basis für insgesamt vier Konzeptvorschläge. Im Rahmen einer kommunikativen Validierung wurden die Vorschläge mit Interessenspartner*innen aus Orth an der Donau und Expert*innen diskutiert. Die Erkenntnisse daraus wurden wiederum für die Konzepte aufgegriffen und eingearbeitet. Im Zuge dieses Forschungsprojektes wurde gezeigt, dass soziale Ungleichheit, die sich in unterschiedlichen Lebensbedingungen widerspiegelt, krank und hilfsbedürftig macht. Die lückenhafte Versorgungssituation verschärft die Situation sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen zusätzlich. Soziale Arbeit kann sowohl bei der Linderung von Armut und sozialer Ausgrenzung als auch in der Förderung der Gesundheit eine bedeutsame Rolle spielen. Zentrale sozialarbeiterische Zugänge sind dabei die Lebensweltorientierung und der systemische Ansatz. Zusätzlich könnte mit Rückgriff auf das Handlungskonzept der Gemeinwesenarbeit ein Beitrag zur Gewährleistung der ländlichen Versorgungsstrukturen geleistet und der soziale Zusammenhalt gefördert werden. Die Konzepte und Methoden der Sozialen Arbeit eignen sich besonders, um mit der Bevölkerung Angebote und Projekte zu entwickeln, die deren Bedürfnislagen entsprechen und an die lokalen Gegebenheiten angepasst sind.

Diese Masterthese beinhaltet ein allgemeines Handbuch sowie vier speziell für die Marktgemeinde Orth an der Donau zugeschnittene Konzepte.

Developing a community center with integrated health care

A common handbook and four concepts that were especially customized for the Lower Austrian town Orth an der Donau

This master thesis aims at describing the development of a concept for a community center with integrated health care in Orth an der Donau, Lower Austria. From October 2016 to June 2018, a research group consisting of seven students, two professors and one research assistant was working on this research project the working title being “GeSo Orth - Gesundheit und Soziales (health and social services) Orth an der Donau”. Additionally, a common rule guidebook for other rural towns that might also be interested in establishing these kinds of community centers was created. The main objective of these health care centers is to ensure long term health care in Orth an der Donau. It is vital for all residents in need for help to receive adequate care, for overstrained systems to be relieved, and for previously existing care systems to be strengthened and incorporated into the new system. This type of care should be provided by a interprofessional team, recognizing the “wider concept” of health (physical, mental and social needs). One essential aspect of this research project GeSo Orth was ascertaining how a concept for a community health care centre integrating the appropriate medical care as well as social services, and the possibilities of self-organization and the residents’ own efforts can be developed working together with the people responsible in a town. Aside from collaboration with the elected community representatives, the community working group “medical center/ambulance service” and other interested parties from the local and regional social and health care system, one vital aspect for this project was the residents of Orth’s participation in developing a concept. Participatory research and community work, an approach stemming from Social Work, provided the essential methodological and theoretical groundwork. For accessing the necessary knowledge for answering the research questions, linking the methods was chosen as a suitable approach. Data from various sources were picked and preexisting data material like statistics was used. The research team acquired data through social room inspection on-site, interviews with experts, resident participation as well as observations in the course of best-practice models. This data was subsequently analyzed and the results from various research methods were linked and concept modules were derived. Those modules generated four concept proposals. In the course of communicative validation the proposals were discussed with interest parties from Orth an der Donau and with experts. The results from this discussion were allocated to the concepts and fabricated into them. This research project showed that social injustice which is reflected in different life circumstances makes people sick and in need for help. The fragmentary local care system makes the situation for socially disadvantaged population groups even worse. Social Work can not only help with decreasing poverty and social marginalization, it can also promote health. The orientation to living conditions and the systemic approach are central ways of Social Work to address the aforementioned problems. Additionally, accessing the action plan of community work can ensure rural care structures and social solidarity can be promoted. The concepts and methods of Social Work are predestined to develop projects and offers with the residents

that actually comply with their individual needs and which are adapted to the local circumstances.

This master thesis includes a common handbook as well as four concepts that were especially customized for Orth an der Donau.

Danksagung

Wir – Oliver, Marlies, Magdalena, Sandra, Lisa, Patricia und Sarah – haben uns knapp zwei Jahre bzw. genau 21 Monate oder 614 Tage lang dem Forschungsprojekt „GeSo Orth, Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung“ in Orth an der Donau, gewidmet.

Alle von uns kommen aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen mit unterschiedlichen Ausbildungen, hatten aber eines gemeinsam: das große Interesse, dieses Projekt zu begleiten. Eine wesentliche Hürde stellte dabei die Verschriftlichung dieser Abschlussarbeit dar. Das Ziel war: sieben Personen – eine Arbeit. Heute können wir mit Stolz und Freude sagen: Wir haben es geschafft.

An dieser Stelle möchten wir uns bei all jenen bedanken, die uns bei der Vollendung dieses Forschungsprojektes unterstützt haben.

In erster Linie geht ein großer Dank an unseren Auftraggeber, die Marktgemeinde Orth an der Donau. Hier möchten wir den Arbeitskreis „Ärztzentrum/Rettungsdienst“ namentlich nennen, der die Projektpartnerschaft mit der FH St. Pölten geschlossen hat, und mit dem wir von Anfang an in regem Austausch standen. Danke dafür, Markus Wald, Manfred Metzenbauer, Markus Bauer und Klaus Legner. Den Bürger*innen von Orth an der Donau sowie den Interviewpartner*innen möchten wir ein großes Dankeschön aussprechen, da sie mit ihrer Beteiligung und ihrem Interesse an diesem Projekt den Grundstein für die vorliegende Arbeit gelegt haben.

Vor allem aber bedanken wir uns bei den FH-Professor*innen Mag. (FH) PhDr. Christoph Redelsteiner, MSc und Mag. Dr. Michaela Moser, unserer Projektleitung. Sie haben uns in diesem langen Zeitraum mit ihrem fachlichen Wissen viel beigebracht und tatkräftig unterstützt. Florian Zahorka, BA, MA gebührt ein weiterer Dank; ohne ihn würde es keinen Internetblog für das Projekt geben.

Ebenso möchten wir uns auch bei den Personen der Administration vom Department Soziales an der FH St. Pölten für die Bereitstellung der Räumlichkeiten bedanken.

Last but not least möchten wir unseren Partner*innen, unseren Familien und Freunden Danke sagen, die uns in anstrengenden Phasen und vor allem im Endspurt immer wieder aufbauen und auf's Neue motivieren konnten. Schön, dass es nun getan ist.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	17
Literatur	22
1 Gesundheit und Gesellschaft.....	23
1.1 Gesundheit und Krankheit.....	23
1.2 Die aktuelle Bevölkerungsstruktur und ihre Entwicklung	25
1.2.1 Demographischer Wandel in Österreich – Gründe und Auswirkungen	26
1.2.2 Aktuelle Herausforderungen medizinischer Versorgung im ländlichen Raum ...	26
1.3 Public Health und Sozialmedizin	27
1.3.1 Epidemiologie	28
1.3.2 Pathogenese	29
1.3.3 Salutogenese	30
1.3.4 Resilienz.....	33
1.4 Soziale Netzwerke als Gesundheitsaspekt	37
1.5 Soziale Ungleichheit.....	42
1.5.1 Zusammenhang zwischen Gesundheit und Armut.....	45
1.5.2 Soziale Determinanten und der Zusammenhang mit gesundheitlicher Ungleichheit.....	46
1.5.3 Wie „gerecht“ ist Gesundheit in Österreich verteilt?	48
1.5.4 Gesundheit als Entscheidung und Gesundheitskompetenz	52
1.6 Fazit.....	55
Literatur	56
2 Soziale Arbeit	62
2.1 Begriffsdefinition	62
2.2 Ursprung.....	65
2.3 Profession Soziale Arbeit – eine Handlungswissenschaft	70
2.4 Global Definition of Social Work und Code of Ethics	71
2.5 Anforderungen und Rolle der Sozialen Arbeit	72
2.5.1 Vom Doppelmandat zum Tripelmandat	73
2.6 Ansätze der Sozialen Arbeit	75
2.6.1 Lebensweltlicher Ansatz	75
2.6.2 Systemischer Ansatz	77
2.7 Handlungsfelder.....	79
2.8 Methoden.....	80
2.8.1 Einzelfallhilfe	81
2.8.2 Soziale Gruppenarbeit	82
2.8.3 Case Management	83
2.8.4 Case Management im Gesundheits- und Sozialbereich.....	84
2.9 Fazit.....	85
Literatur	86
3 Gemeinwesenarbeit.....	92

3.1.	Leitstandards der Gemeinwesenarbeit	94
3.1	Historische Entwicklung der Gemeinwesenarbeit.....	95
3.1.1	Die Settlement-Bewegung als Vorläufer	96
3.1.2	Community Organizing und Community Development.....	97
3.1.3	Konzepte der Gemeinwesenarbeit	98
3.1.4	Anfänge der GWA in Österreich	99
3.2	Werkzeuge der Gemeinwesenarbeit.....	101
3.3	Von der GWA zur Sozialraumorientierung und zurück	105
3.4	Chancen der GWA im 21. Jahrhundert.....	106
3.4.1	Gemeinwesen-, Stadtteil-, Nachbarschaftszentren	107
3.4.2	Gemeinwesenarbeit und Gesundheit	109
3.5	Fazit.....	111
4	Partizipation, bürgerschaftliches Engagement und Empowerment.....	119
4.1	Partizipation.....	119
4.1.1	Partizipation und Demokratie	120
4.1.2	Bürger*innenbeteiligung und Öffentlichkeitsbeteiligung	121
4.1.3	Die Partizipationspyramide	122
4.1.4	Partizipation, aber wie?.....	125
4.1.5	Probleme und Grenzen der Partizipation.....	126
4.1.6	Verbrieftete Beteiligung – Politische Bekenntnisse zur Partizipation	127
4.1.7	Partizipation in der Sozialen Arbeit.....	128
4.1.8	Partizipation und Gesundheit	130
4.2	Bürgerschaftliches Engagement / Zivilgesellschaft	133
4.2.1	Selbstorganisation/Selbsthilfe	135
4.2.2	Empowerment	136
5	Gesundheitsförderung	142
5.1	Definition und Theorien von Prävention und Gesundheitsförderung.....	142
5.2	Ansätze und Modelle von Prävention und Gesundheitsförderung	145
5.3	Kommunale Gesundheitsförderung	149
5.3.1	Elemente kommunaler Gesundheitsförderung.....	150
5.3.2	Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderung.....	151
5.4	Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung durch die Verschränkung von Gesundheitseinrichtungen und Soziale Arbeit.....	156
5.4.1	Gesetzliche Verankerung gesundheitsförderlicher Politik in Österreich.....	158
5.4.2	Fazit	159
Literatur	160
Daten	163
6	Primärversorgung.....	164
6.1	Stufen der medizinischen Gesundheitsversorgung	165
6.2	Integrierte Primärversorgung.....	166
6.3	Primärversorgung in Österreich – Stand 1. Halbjahr 2018	167
6.4	Zielsetzungen für die Neuausrichtung der Primärversorgung	168
6.5	Struktur der Primärversorgungseinheiten.....	169
6.6	Leistungsspektrum der Primärversorgungseinheiten.....	170

6.7	Die Berufsgruppen in den Primärversorgungseinheiten	171
6.8	Soziale Arbeit in der Primärversorgung	173
6.9	Rechtsformen der Primärversorgungseinheiten	174
6.10	Finanzierung der Primärversorgungseinheiten.....	174
6.11	Das Österreichische Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen	175
Literatur		176
7 E-Health und Telemedizin.....		178
7.1	Anwendungsgebiete von Telemedizin	178
7.2	Nutzen von Telemedizin in der Primärversorgung.....	180
7.3	Digitale Technologien im psychosozialen Bereich.....	181
7.4	Herausforderungen und Grenzen beim Einsatz digitaler Technologien im Gesundheits- und Sozialbereich	182
Literatur		183
8 Marktgemeinde Orth an der Donau.....		184
8.1	Orth an der Donau	184
8.2	Hintergründe und demografische Ausgangslage Orth an der Donau.....	184
8.3	Aktuelle Versorgungsstruktur in Orth an der Donau	186
8.4	Versorgungsbedarf der Bevölkerungsgruppen in Orth an der Donau	188
8.5	Fazit.....	189
Literatur		190
Daten.....		190
9 Best Practice		191
9.1	Finnland.....	191
9.1.1	Primärversorgungszentrum Savitaipale.....	193
9.1.2	Gesundheitskioske	195
9.1.3	Ein Gesundheitskiosk im ländlichen Raum: Orimattila	196
9.1.4	Präventive Hausbesuche bei älteren Menschen	197
9.1.5	Fazit	197
9.2	London Bromley By Bow	198
9.2.1	Qualitative Umgebungsbeschreibung (geografische Lage, soziodemografische Besonderheiten)	198
9.2.2	Architektur/bauliche Besonderheiten	199
9.2.3	Entstehungshintergrund/-geschichte	202
9.2.4	Schwerpunkt/Ziele	203
9.2.5	Angebot/Professionen.....	203
9.2.6	Finanzierung.....	205
9.2.7	Fazit	205
9.3	Poliklinik Veddel – Hamburg (Deutschland)	205
9.4	GeKo Berlin	208
9.5	Gesundheitszentrum GHZ Enns.....	210
9.5.1	Umgebung.....	211
9.5.2	Architektur und bauliche Gegebenheiten.....	211

9.5.3	Entstehungshintergrund und -geschichte	212
9.5.4	Professionen	213
9.5.5	Zielgruppe	214
9.5.6	Schwerpunkte, Ziele, Angebote	214
9.5.7	Vernetzung	216
9.5.8	Finanzierung.....	216
9.5.9	Fazit	217
9.6	Sozialmedizinisches Zentrum Liebenau.....	217
9.6.1	Umgebung.....	218
9.6.2	Zielgruppe	218
9.6.3	Schwerpunkte/Ziele	219
9.6.4	Entstehungsgeschichte.....	220
9.6.5	Leistungsangebot	221
9.6.6	Vernetzung.....	223
9.6.7	Architektur/bauliche Besonderheiten.....	227
9.6.8	Die Außenstellen Jakomini und Am Grünanger	228
9.6.9	Rechtsform und Finanzierung	229
9.6.10	Fazit	230
Literatur		232
10 Vom Forschungsproblem zum Forschungsprojekt.....		237
10.1	Forschungsparadigma	237
10.2	Forschungsdesign.....	239
10.3	Partizipative Forschung.....	243
10.3.1	Partizipation im Forschungsprojekt GeSo Orth.....	246
10.3.2	Schwächen und Grenzen der partizipativen Forschung	249
10.4	Voraussetzungen für ein vergleichbares Forschungsprojekt	250
10.4.1	Zeitliche Ressource	250
10.4.2	Finanzielle Mittel.....	251
10.4.3	Forscher*innen	251
Literatur		252
11 Methoden.....		254
11.1	Gemeinsame Projektlogik entwickeln und Teambuilding.....	254
11.2	Dragon Dreaming.....	255
11.3	Projektplan.....	258
11.4	Literaturrecherche	258
11.5	Sozialraumerhebung	259
11.5.1	Sozialraumbegehung.....	261
11.5.2	Teilnehmende Beobachtung	263
11.5.3	Projektumweltanalyse	264
11.5.4	Recherche von Informationen, Sekundärdaten.....	267
11.5.5	Befragungsmethoden.....	267
11.6	Strukturgeleitete Textanalyse nach Auer/Schmid.....	271
11.7	Partizipative Methoden.....	273
11.7.1	Bürger*innenbeteiligung mittels Bürger*innen-Rat.....	274
11.7.2	Grenzen und Stolperfallen der Methode.....	282

11.7.3	Methodische Anmerkungen zur Auswertung	284
11.8	Konzeptentwicklung	285
11.8.1	Konzeptbausteine	285
11.8.2	Medizinische Vorsorge und Versorgung	288
11.8.3	Soziale Vorsorge und Versorgung	290
11.8.4	Soziale Arbeit	291
11.8.5	Überschneidende Konzeptbausteine	291
11.8.6	Architektur und Lage	293
11.8.7	Informationen und Orientierung	293
11.8.8	Organisierte Vernetzung	294
11.8.9	Selbstorganisation und Mitgestaltung	295
11.9	Konzeptualisierung	296
11.9.1	GeSo Flex	296
11.9.2	GeSo am Wald	296
11.9.3	An einem Ort rundum versorgt	297
11.9.4	Orther Gesundheits- und Sozialnetz	297
11.10	Kommunikative Validierung	298
11.11	SWOT-Analyse	303
11.12	Projektkommunikation	304
11.13	GeSo Orth: Kommunikationskonzept	304
11.13.1	GeSo Orth: Blog & Facebook	305
11.13.2	Geso Orth: Gemeindezeitung & NÖN	306
11.13.3	GeSo Orth: Vernetzungstreffen Auftraggeber*innen	306
11.13.4	GeSo Orth: Präsentationen bei Veranstaltungen	307
11.13.5	GeSo Orth: Vernetzungstreffen Stakeholder	307
	Literatur	308
	12 Schlussbetrachtung und Ausblick	313
	Teil II – Konzepte	318
	13 Einleitung	320
	14 Problemstellung und Auftrag	321
	15 Zielsetzung	322
	16 Forschungsprozess	324
16.1	Methoden	324
	17 Konzeptbausteine	326
	18 Konzept „Orther Gesundheits- und Sozialnetz“	328
18.1	Leistungsangebot	328
18.1.1	Gesundheitsförderung	328
18.1.2	Medizinische Versorgung	330
18.1.3	Soziale Versorgung	332
18.1.4	Freizeit	333
18.1.5	Personalempfehlung	334

18.2	Rahmenbedingungen	335
18.2.1	Interprofessionelle Zusammenarbeit	335
18.2.2	Architektur	336
18.2.3	Erreichbarkeit – Lage – Öffnungszeiten	339
18.2.4	Organisierte Vernetzung	341
18.2.5	Community Ownership.....	353
19	Konzept „GeSo am Wald“	356
19.1	Einleitung.....	356
19.1.1	Ziele	357
19.1.2	Zielgruppe	357
19.1.3	„Green Care“ als Alleinstellungsmerkmal	357
19.2	Leistungsangebot.....	358
19.2.1	Optionale Green Care-Angebote.....	358
19.2.2	Infrastruktur Tagesstätte in Mehrfachnutzung.....	360
19.2.3	Bildungs- und Informationsaktivitäten.....	363
19.2.4	Koordinierte Vernetzungsplattform	364
19.2.5	Medizinische Versorgung.....	364
19.2.6	Beratende und therapeutische Dienstleistungen.....	365
19.2.7	SÖB-Mini-Bistro.....	365
19.2.8	Betreute Wohngemeinschaften	366
19.3	Rahmenbedingungen	366
19.3.1	Personelle Ressourcen.....	366
19.3.2	Architektur	367
19.3.3	Lage / Erreichbarkeit.....	368
19.3.4	Rechtsform / Finanzierung	369
20	Konzept „GeSo-Flex“.....	369
20.1	Leistungsangebot.....	370
20.1.1	GeSo-Medizin und Krankenpflege.....	372
20.1.2	GeSo-Sozial- und Gesundheitsberatung	373
20.1.3	GeSo-Tag und partizipative Gemeindearbeit.....	376
	378	
20.1.4	Das Fundament des GeSo-Flex: Evaluation und Qualitätssicherung	379
20.1.5	Personal	379
20.2	Rahmenbedingungen	381
20.2.1	Inklusion	381
20.2.2	Zentrale Ansprechstelle	382
20.2.3	Zentrale Lage und gute Erreichbarkeit	382
20.2.4	Ansprechende und flexible Architektur	383
20.2.5	Organisierte Vernetzung	385
20.2.6	Partizipative Organisation	385
21	Konzept „An einem Ort rundum versorgt“	387
21.1	Einleitung.....	387
21.2	Leistungsangebot.....	388
21.2.1	Leistungen für das körperliche Wohlergehen.....	388
21.2.2	Leistungen für das geistige Wohlergehen.....	392

21.3 Rahmenbedingungen	394
21.3.1 Personelle Ausstattung	394
21.3.2 Interprofessionelle Zusammenarbeit	397
21.3.3 Architektur, Räumlichkeit und Ausstattung	397
21.3.4 Erreichbarkeit, Lage und Öffnungszeiten.....	398
21.4 Organisierte Vernetzung und Community Ownership.....	398
22 Evaluation und Qualitätssicherung	400
23 Förder- und Finanzierungsmöglichkeiten	402
24 Konzeptvergleich mittels SWOT-Analyse.....	404
Literatur	408
Abbildungen.....	417
Tabellen	422
Glossar	424
Anhang	433

Teil I – Handbuch

Einleitung

Marlies Presser

Die Situation in vielen österreichischen Landgemeinden ist ähnlich: Der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung steigt (vgl. ÖROK o.A.:5). Durch den Trend zur Kleinfamilie und zum Single-Dasein werden viele betreuende, pflegende und erzieherische Sorgetätigkeiten nicht mehr im Familienverband, sondern durch externe Fachkräfte erbracht (vgl. Klawatsch-Treitl 2013:51-52). Es wird schwieriger, die soziale und die medizinische Versorgung zu gewährleisten. Zudem bleiben allgemeinmedizinische Praxen auf dem Land immer wieder unbesetzt, da keine Nachfolger*innen für pensionierte Ärzte*Ärztinnen gefunden werden können. Besonders zu Rand- und Nachtzeiten sind Rettungsdienste oft die einzigen Stellen, die von Hilfesuchenden erreicht werden können. Diese sind entsprechend überlastet, und es kommt zu einer steigenden Zahl an stationären Unterbringungen im Krankenhaus, die aus medizinischer Sicht nicht notwendig sind (vgl. Redelsteiner 2016:35). Vom Gesetzgeber sind Primärversorgungszentren (PVZ) als Antwort auf diese Problemlagen vorgesehen (vgl. BMG 2014:8-9).

Die niederösterreichische Marktgemeinde Orth an der Donau hat sich ebenfalls mit dieser Problematik beschäftigt. Der Gemeinderat hat das Department Soziales der Fachhochschule St. Pölten damit beauftragt, ein innovatives und zukunftsweisendes Konzept für ein Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung für die Gemeinde zu entwickeln. Unter dem Projekttitel „GeSO Orth“,¹ der für „Gesundheit und Soziales Orth an der Donau“ steht, arbeitete von Oktober 2016 bis Juni 2018 eine Forschungsgruppe an diesem Auftrag. Die Forschungsgruppe bestand neben den sieben Studierenden, die die vorliegende Masterthesis verfasst haben, aus der Projektleitung unter FH-Prof. Mag. (FH) PhDr. Christoph Redelsteiner, MSc und FH-Prof. Mag. Dr. Michaela Moser sowie dem Forschungsassistenten Florian Zahorka, BA, MA. GeSo Orth stand als eines von vier Forschungsprojekten im Studiengang „Master Soziale Arbeit“ zur Auswahl, um darüber die Abschlussarbeit zu verfassen. Das persönliche Forschungsinteresse der Studierenden für die Wahl des Projektes GeSo Orth lag einerseits im erweiterten Gesundheitsbegriff und der Verknüpfung von Gesundheitsversorgung mit Sozialer Arbeit, andererseits im sozialarbeiterischen Ansatz der Gemeinwesenarbeit und der Einbindung der Bürger*innen bei der Konzeptentwicklung. Für die konzeptionelle Gestaltung des GeSo Orth arbeitete die

¹ Der Projekttitel lautete zu Beginn PC³ – Primary Care in the Center of the Community und wurde Anfang 2017 in GeSo Orth geändert.

Forschungsgruppe mit dem Gemeindefarbeitskreis „Ärztzentrum/Rettungsdienste“ zusammen. Arbeitskreise werden in der Gemeinde Orth an der Donau eingesetzt, um Entscheidungen vorzubereiten und Vorschläge für Problemlösungen zu erarbeiten. Je nach Thema setzen sich die Arbeitskreise aus interessierten Bürger*innen und politischen Vertreter*innen zusammen (vgl. Marktgemeinde Orth an der Donau 2017).

Ziel des Forschungsprojektes war die Konzeptentwicklung für ein Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung. Durch das Zentrum soll die gesundheitliche Versorgung der Gemeinde Orth nachhaltig sichergestellt, alle Bürger*innen mit Hilfebedarf adäquat versorgt, überbeanspruchte Systeme entlastet und bestehende Hilfesysteme gestärkt und eingebunden werden. Unter Bezugnahme auf den erweiterten Gesundheitsbegriff, der körperliches, geistiges und soziales Wohlergehen umfasst (vgl. BMGF 2017), soll die Versorgung durch ein interprofessionelles Team erbracht werden. Die Bürger*innen sollen dort sowohl die passenden medizinischen Hilfeleistungen als auch soziale Angebote sowie Möglichkeiten der Selbstorganisation und Eigenaktivität vorfinden. Ein zentraler Aspekt im Forschungsprojekt GeSo Orth betraf die Frage, wie ein Konzept für ein Gemeinwesenzentrum in und mit einer Gemeinde entwickelt werden kann. Neben der Zusammenarbeit mit den gewählten Gemeindevertreter*innen, dem oben erwähnten Gemeindefarbeitskreis und Interessenspartner*innen aus dem lokalen und regionalen Sozial- und Gesundheitswesen kam daher der Beteiligung der Orther Bürger*innen in der Konzeptentwicklung eine bedeutende Rolle zu. Die partizipative Forschung und die Gemeinwesenarbeit – ein Ansatz aus der Sozialen Arbeit – boten dafür den nötigen methodischen und theoretischen Rahmen.

Für die Bearbeitung wurde das oben vorgestellte Forschungsproblem auf eine Hauptforschungsfrage zugespitzt. Von dieser wurden Unterfragen abgeleitet und in vier Themenclustern gruppiert.

Hauptforschungsfrage:

Wie kann ein Konzept für ein Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung für Orth an der Donau entwickelt werden?

Cluster 1 – Anforderungen an die primäre Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum im Allgemeinen und in Orth an der Donau im Speziellen:

- Wie sieht aktuell die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum bzw. Orth an der Donau aus?

- Welche Ergänzungen sind für das Gesundheitssystem im ländlichen Raum bzw. in Orth an der Donau erforderlich?
- Was fehlt im Gesundheitssystem auf Basis eines ganzheitlichen Gesundheitsbegriffs und welchen Beitrag kann Soziale Arbeit leisten?
- Welchen gesellschaftlichen Entwicklungen und Rahmenbedingungen liegt der Wunsch nach bzw. die Idee zu einem Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung zugrunde?

Cluster 2 – Relevante Ansätze der Gesundheitswissenschaften:

- Welche Aspekte der kommunalen Gesundheitsförderung sind bedeutsam?
- Welche innovativen Ansätze der ganzheitlichen Versorgung – Stichwort Telemedizin – können in einem Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung genutzt werden?
- Welche Ansätze, die soziale Netzwerke und damit Gesundheit im weitesten Sinne fördern, können in einem Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung zur Anwendung kommen?
- Wie kann ein Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung über die unmittelbare Reaktion auf gesundheitliche Anliegen hinaus eine Rolle im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung spielen?
- Welche Erfahrungen und Erkenntnisse nationaler und internationaler Best Practice-Beispiele können für die Entwicklung eines Gemeinwesenzentrums mit integrierter Gesundheitsversorgung herangezogen werden?

Cluster 3 – Relevante Ansätze der Sozialen Arbeit:

- Welche Theorien der Sozialen Arbeit sind wesentlich in Bezug auf ein Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung?
- Welche Anforderungen bzw. Prinzipien der Sozialen Arbeit spielen dabei eine Rolle?
- Wie können vorhandene Ressourcen der Bürger*innen und im Gemeinwesen erkannt, gestärkt und vernetzt werden?
- Wie können Selbstorganisation und Eigenaktivitäten der Bürger*innen gefördert werden?
- Wie können Versorgungslücken erkannt und bearbeitet werden?

Cluster 4 – Partizipation der lokalen Bevölkerung:

- Wie können Bürger*innen und andere relevante Akteur*innen in die Konzeptentwicklung für ein solches Zentrum eingebunden werden?
- Wie können Bürger*innen und andere relevante Akteur*innen bei der Evaluation und Weiterentwicklung eines Gemeinwesenzentrums mit integrierter Gesundheitsversorgung eingebunden werden?

Aufbauend auf das Forschungsproblem und die davon abgeleiteten Forschungsfragen wurde überlegt, welche Methoden in Anbetracht der vorhandenen Ressourcen für die Erreichung des Forschungszieles eingesetzt werden sollten (vgl. Flick 2008:264). Um

auf die nötigen Wissensbestände für die Beantwortung der Forschungsfragen zugreifen zu können, wurde eine Methodenverknüpfung gewählt. Daten aus verschiedenen Quellen wurden verwendet. Es wurde auf bereits vorhandenes Daten- und Informationsmaterial zurückgegriffen, und es wurden selbst Daten mittels Sozialraumbegehung, Expert*inneninterviews, Bürger*innen-Rat und Bürger*innen-Café sowie Interviews und Führungen bei Best Practice-Modellen erhoben und ausgewertet. Die Daten und Teilergebnisse aus den unterschiedlichen Erhebungen wurden bei der abschließenden Analyse verknüpft und davon die Konzeptbausteine abgeleitet. Diese bildeten die Basis für insgesamt vier Konzeptvorschläge. Im Rahmen einer kommunikativen Validierung wurden die Vorschläge mit Interessenspartner*innen aus Orth an der Donau und Expert*innen diskutiert. Die Erkenntnisse daraus wurden wiederum für die Konzepte aufgegriffen und eingearbeitet.

Die Konzepte wurden gemeinsam mit der Marktgemeinde Orth an der Donau und im Hinblick auf die dortige spezielle Situation entwickelt. Sie zeigen mögliche Angebote und Angebotskombinationen im Zentrum auf Basis der erhobenen Daten und der relevanten Literatur. Die vorgestellten Konzepte für ein Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung sind daher nicht beliebig auf andere Gemeinden übertragbar, weil die Ausgangssituation und die Rahmenbedingungen dort mitunter ganz andere sind. Chancen und Risiken der Konzepte wurden benannt, stellen aber keine umfassende Machbarkeitsprüfung dar. Mögliche Finanzierungsformen und in Frage kommende Förderschienen wurden aufgelistet, die Konzepte beinhalten jedoch keinen Businessplan für ein Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung. Abschließend ist zu bedenken, dass für die Umsetzung einiger Konzeptideen noch die rechtlichen Rahmenbedingungen fehlen.

Die vorliegende Masterthesis ist im Unterschied zu anderen Abschlussarbeiten zweigeteilt. In Teil I der Masterthesis wird das Forschungsprojekt in Form eines Handbuches beschrieben. Darin wird der Prozess der Konzeptentwicklung für ein Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum dargestellt. Es nimmt Bezug auf die aktuellen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und auf relevante theoretische Ansätze der Sozialen Arbeit und der Gesundheitswissenschaften. Die Beschreibung des Forschungsprozesses soll Ideen und Anleitung bieten, um ein solches Projekt auch in anderen Gemeinden in Österreich umzusetzen. Es richtet sich daher vorrangig an Personen, die in oder im Umfeld von Politik und Verwaltung auf kommunaler Ebene tätig sind. Teil II der Masterthesis bilden die ausgearbeiteten Konzepte als Endergebnis der Forschung. Es wurde ein eigenständiger Konzeptteil verfasst, der der

Marktgemeinde Orth an der Donau übergeben werden kann. Insgesamt wurden vier Konzepte für ein Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung entwickelt, wobei in jedem Konzept ein anderer Schwerpunkt gesetzt wurde. Der Theoriebezug und das methodische Vorgehen wurden im Konzeptteil verkürzt dargestellt.

Um die Autor*innenschaft kenntlich zu machen, ist der*die jeweilige Autor*in namentlich unter der Kapitelüberschrift angeführt. Wurden von einem*einer Autor*in mehrere Kapitel hintereinander verfasst, dann ist der Name nicht mehr extra erwähnt. Die Konzepte in Teil II der vorliegenden Masterarbeit wurden alleine, zu zweit oder zu dritt entwickelt. Wurde ein Kapitel nur von einer Person verfasst, dann wird diese namentlich genannt. Im Glossar wurde aufgrund der Kürze der Texte von einer Nennung der Autor*innen abgesehen. Grundsätzlich muss angemerkt werden, dass die Frage nach der individuellen Autor*innenschaft bei einer vier Semester dauernden Gruppenarbeit nicht eindeutig zu beantworten ist. Dies auch in Anbetracht der Tatsache, dass die Kapitel von den Verfasser*innen wechselseitig gegengelesen und kommentiert wurden und damit Einfluss auf die Endfassung genommen haben.

Literatur

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2014): „Das Team rund um den Hausarzt“. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. <https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH1443/CMS1404305722379/primarversorgung.pdf> [22.03.2018].

BMGF – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2017): Gesundheitsdefinition der WHO 1948. https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung#f0 [22.06.2017].

Flick, Uwe (2008): Design und Prozess qualitativer Forschung. In: Flick, Uwe / von Kardoff, Ernst / Steinke, Ines (Hg.) (2008): Qualitative Forschung. Ein Handbuch, 6. aktualisierte Auflage, Reinbek: Rowohlt, 252–265.

Klawatsch-Treitl, Eva (2013): Dienstleistung und Care. In: Bakic, Josef / Diebäcker, Marc / Hammer, Elisabeth (Hg.): Aktuelle Leitbegriffe der Sozialen Arbeit. Ein kritisches Handbuch, Band 2, Wien: Löcker, 46–61.

Marktgemeinde Orth an der Donau (2017): Gemeinde-Arbeitskreise. http://www.orth.at/Seiten/030_Gemeinde/034_Arbeitskreise/034_Arbeitskreise.html [11.03.2018].

ÖROK – Österreichische Raumordnungskonferenz (o.A.): ÖROK – Regionalprognosen. 2014 – Bevölkerung. Kurzfassung. https://www.oerok.gv.at/fileadmin/Bilder/2.Reiter-Raum_u_Region/2.Daten_und_Grundlagen/Bevoelkerungsprognosen/Prognose_2014/%c3%96ROK-Bev%c3%b6lkerungsprognose_Kurzfassung_final.pdf [22.03.2018].

Redelsteiner, Christoph (2016): Aktuelle und künftige Anforderungen an das Gatekeeping im präklinischen Bereich unter besonderer Berücksichtigung der soziodemografischen Entwicklung am Beispiel zweier Grenzregionen im Burgenland. Dissertation, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Edewecht: Verlag Stumpf & Kossendey.

1 Gesundheit und Gesellschaft

Patricia Renner und Magdalena Seidl

Das folgende Kapitel widmet sich den Fragen:

- Was fehlt im Gesundheitssystem auf Basis eines ganzheitlichen Gesundheitsbegriffs?
- Welche speziellen Anforderungen muss das Gesundheitssystem im ländlichen Raum erfüllen?

Der Begriff „Gesundheit“ als prägender Faktor unseres Wohlbefindens wird definiert und in Zusammenhang zur Bevölkerungsstruktur in Österreich und deren Entwicklung gesetzt. Aktuelle Herausforderungen der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum werden erörtert. Das Kapitel „Public Health und Sozialmedizin“ beschreibt Ansätze der Gesundheitswissenschaften. Diese stellen theoretisches Grundlagenwissen für ein Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung dar. Wirkungszusammenhänge zwischen sozialen Netzwerken und Gesundheit werden aufgezeigt, und es wird nach Entstehung und Auswirkung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit gefragt. Dabei wird auf die Verbindung von Armut und Gesundheit eingegangen.

1.1 Gesundheit und Krankheit

„Gesundheit“ und „Krankheit“ prägen das Leben jedes Menschen. Häufig bleibt eine fundierte Auseinandersetzung mit der Definition dieser Begriffe aus. „Krankheit“ definiert laut dem Medizinischen Wörterbuch Pschyrembels die

„Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen oder objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen oder seelischen Veränderungen.“ (Pschyrembel 2018a)

Was als „krank“ gilt oder nicht, hat große Bedeutung hinsichtlich des Zuganges zu und des Ausmaßes an Gesundheitsleistungen. Im vorliegenden Handbuch und für das Forschungsprojekt bildet(e) der erweiterte Gesundheitsbegriff einen zentralen Ausgangspunkt. Die Weltgesundheitsorganisation WHO definierte Gesundheit 1948 als einen Zustand „des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur“ als das „Freisein von Krankheit oder Gebrechen“ (WHO 1948). Dem schließen sich weitere Definitionen an, wie etwa jene des Soziologen Bernhard Badura und des Gesundheitswissenschaftlers Thomas Hehlmann. Für sie ist Gesundheit

„[...] eine Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung [...], durch die ein positives seelisches und körperliches Befinden – insbesondere ein positives Selbstwertgefühl – und

ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wiederhergestellt wird." (Badura / Hehlmann 2003:13)

In diesem Sinne bezieht sich die Begriffsklärung von Gesundheit in diesem Handbuch auf einen umfassenden, ganzheitlichen Gesundheitsbegriff. Dieser sieht den Menschen in und mit seinem Umfeld. Im Forschungsprozess wurde deutlich, dass psychische, physische und soziale Faktoren ausschlaggebend für die persönliche Gesundheit sind. Zusätzlich gilt, ein ist Mensch nie „ganz gesund“ oder „vollkommen krank“. Die „Dichotomie von Gesundheit und Krankheit“ (Klemperer 2015:46) besagt, dass Menschen zwischen den beiden Polen „gesund“ und „krank“ pendeln und immer beide Zustände vorhanden sind.

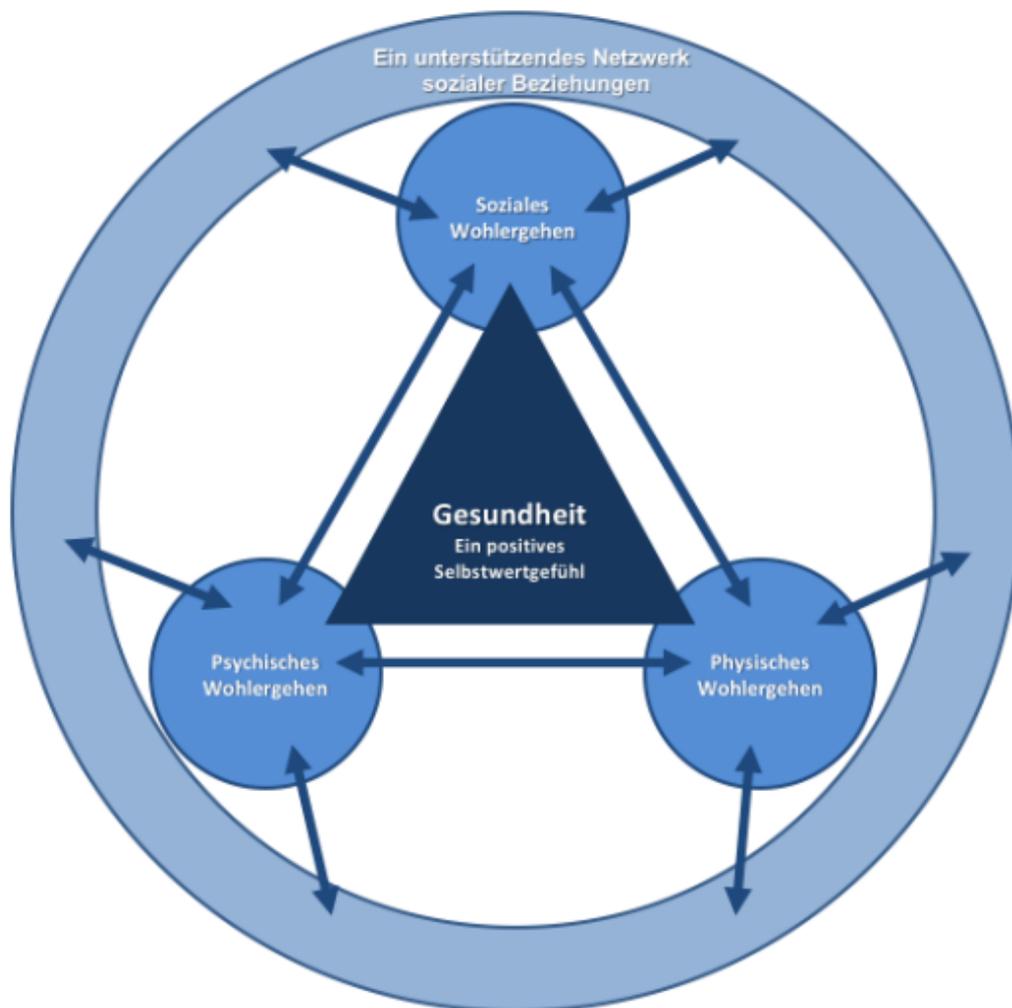


Abbildung 1: Ganzheitliche Gesundheit; Quelle: eigene Darstellung nach Badura / Hehlmann (2003:13)

1.2 Die aktuelle Bevölkerungsstruktur und ihre Entwicklung

Patricia Renner

In Österreich lebten 2016 rund 8,7 Mio. Menschen. Laut aktueller Prognose der Statistik Austria wird die Einwohner*innenzahl im Jahr 2030 auf rund 9,3 Mio. steigen. Mit Blick auf die Veränderung in der Bevölkerungsstruktur lässt sich eine deutliche Verschiebung der Altersstruktur erkennen (vgl. Statistik Austria 2017b). Lebten im Jahr 2000 noch 23,1 Prozent Menschen im Alter von 0 bis 19 Jahren in Österreich, so lässt sich bei dieser Gruppe ein leichter Rückgang bis ins Jahr 2030 erkennen (vgl. ebd. 2018). Die Zahl der 20 bis 64-jährigen Menschen wird von 61,9 Prozent im Jahr 2016 auf voraussichtlich 57,3 Prozent bis 2030 sinken und impliziert einen Rückgang an erwerbstätigen Menschen in Österreich. Demgegenüber stieg die Bevölkerung im Alter von 65 und mehr Jahren kontinuierlich an. Bis 2030 wächst diese Gruppe laut derzeitigen Berechnungen auf 23 Prozent der Gesamtbevölkerung (vgl. Tabelle 1). Im Jahr 2016 lebten rund 1,62 Mio. Menschen mit 65 und mehr Jahren in Österreich. Bis ins Jahr 2030 wird sich dieser Bevölkerungsanteil voraussichtlich um mehr als ein Viertel auf rund 2,15 Mio. Menschen erhöhen. Menschen im Pensionsalter werden somit weiter zunehmen (vgl. Statistik Austria 2017b).

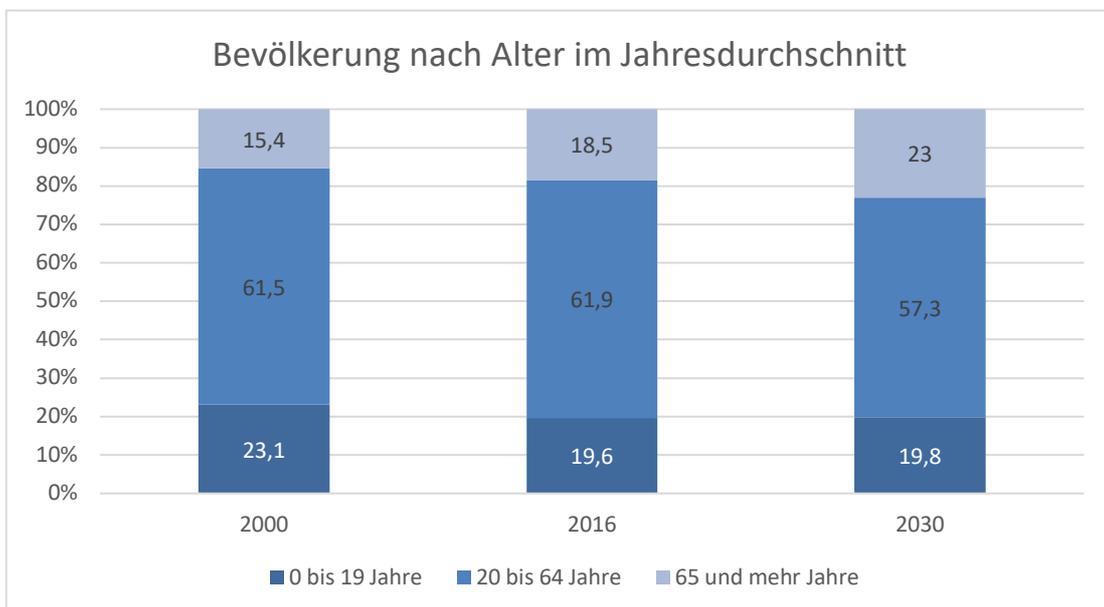


Tabelle 1: Bevölkerung nach Alter im Jahresdurchschnitt in Österreich; Quelle: eigene Darstellung nach Statistik Austria (2018a)

Laut Regionalprognose der Österreichischen Raumordnungskonferenz (ÖROK) bildet die Bevölkerung der hochbetagten Menschen im Alter von 85 und mehr Jahren die am stärksten wachsende Gruppe. Sie wird im Jahr 2030 um 59,5 Prozent größer sein als

derzeit (vgl. ÖROK 2014). Aufgrund der dargelegten Bevölkerungsstruktur ergeben sich zahlreiche Herausforderungen für das Gesundheitssystem.

1.2.1 Demographischer Wandel in Österreich – Gründe und Auswirkungen

Geburtenrate, Sterberate und Wanderungsbewegungen (Migration) beeinflussen unsere Bevölkerungsstruktur. Als „demographischer Wandel“ wird unter anderem eine nachhaltige Änderung der Altersstruktur der Bevölkerung bezeichnet. Einem steigenden Anteil der älteren Bevölkerung steht ein sinkender Anteil jüngerer Menschen gegenüber. Dabei handelt es sich nicht um ein auf Österreich beschränktes Phänomen, sondern um eine anhaltende Entwicklung nahezu aller hochentwickelten Industrienationen (vgl. Schipfer 2005:3). Der Bevölkerungszuwachs der letzten beiden Jahrzehnte, trotz sinkender Geburtenraten in Österreich, lässt sich vor allem auf eine positive Wanderungsbilanz zurückführen (vgl. Statistik Austria 2017c). Der fortdauernde Alterungsprozess der österreichischen Bevölkerung wird zukünftig eine große Herausforderung für unser Gesundheitssystem bilden (vgl. ÖROK 2014:3). Österreichs Einwohner*innenzahl steigt, während gleichzeitig die Bevölkerung altert. Diese Haupttrends der aktuellen demographischen Entwicklung setzen sich mittelfristig fort (vgl. ebd.; Schipfer 2005:3). Ein Bevölkerungswachstum wird laut den Berechnungen der Österreichischen Raumordnungskonferenz (ÖROK) im Wesentlichen für Stadtregionen rund um die Landeshauptstädte und für die Wiener Gemeindebezirke prognostiziert. In ländlichen Bezirken wird bundesweit eine Abwanderung der Einwohner*innen von acht und mehr Prozent vorausgesagt. Die Besiedelung am Land dünnt aus, und das Bevölkerungswachstum verlagert sich weiter in die Städte. Hauptmotor des Wachstums ist die starke Außenzuwanderung und eine positive Binnenwanderungsbilanz für die Städte (vgl. ÖROK 2013:4-8).

1.2.2 Aktuelle Herausforderungen medizinischer Versorgung im ländlichen Raum

Der Gesundheitswissenschaftler Christoph Redelsteiner untersuchte Zusammenhänge und Ursachen für erhöhte Einsatzzahlen im Rettungsdienst. Soziale Indikatoren für kostspielige Einsätze der Rettungsdienste sind nach Redelsteiner Einsamkeit, psychosomatische Probleme sowie hohes Alter (vgl. Redelsteiner 2016:27-28). Die zunehmende Alterung der Bevölkerung wird folglich eine deutliche Steigerung der Einsatzzahlen ergeben (vgl. ebd.:31). Besonders in ländlichen Regionen mit „dünnen“ Versorgungsstrukturen ergeben sich daraus besondere Anforderungen.

Die österreichische Bevölkerung wird zu 43 Prozent von sogenannten Landärzt*innen versorgt. Allgemeinmediziner*innen mit Gebietskrankenkaserverträgen werden Landärzt*innen genannt, wenn sie Gemeinden mit weniger als 3.000 Einwohner*innen betreuen oder maximal zwei Kassen-Allgemeinmediziner*innen in einer größeren Gemeinde praktizieren (vgl. ebd.:87).

Aktuell steht Österreich vor dem Problem, dass viele Praxen für Allgemeinmedizin im ländlichen Raum nicht nachbesetzt werden können. So gehen in den nächsten zehn Jahren rund zwei Drittel aller Landärztinnen in Kärnten, in Steiermark und im Burgenland in Pension. Die Hälfte aller Landärzt*innen in Ober- und Niederösterreich, Tirol, Salzburg und Vorarlberg folgen ihren Kolleg*innen ebenfalls in den Ruhestand (vgl. Redelsteiner 2016:33-34; Kuhn 2014:15).

Aus den dargelegten demographischen Daten und den Entwicklungen im Bereich der medizinischen Versorgung im ländlichen Raum lässt sich demnach ein dringender Handlungsbedarf ableiten, um weiterhin eine angemessene und ausreichende Versorgung gewährleisten zu können.

1.3 Public Health und Sozialmedizin

Magdalena Seidl

Public Health ist als Teilgebiet der sozialmedizinischen Forschung ein anwendungsorientierter Bereich der Gesundheits- und Sozialwissenschaften, welcher sich mit Gesundheit und Krankheit beschäftigt.

„Wissenschaftliche, praxisbezogene und politische Anstrengungen werden mit dem Ziel verbunden, die Gesundheit von Populationen zu fördern und die Gesundheitssysteme bedarfsgerechter und ökonomischer zu gestalten.“ (Österreichische Gesellschaft für Public Health 2018)

Laut der österreichischen Gesellschaft für Public Health (ÖPH) ist hierfür vor allem ein multi- und interdisziplinärer Zugang in Forschung, Praxis und Lehre von Bedeutung (vgl. ebd. 2018). Die Entwicklung von Public Health deutet auf die angloamerikanischen Länder hin, während der Begriff der Gesundheitswissenschaften in Deutschland zur Zeit der Weimarer Republik begründet wurde. Sozialmedizinische Forschung wurde bereits im 19. Jahrhundert betrieben (vgl. Klemperer 2010:116). In Österreich steigt die Bedeutung von Public Health weiter an.

„Die Verminderung des Einflusses sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit und die damit verbundene gerechte Ressourcenverteilung, die Herausforderungen durch ökologische

und ökonomische Veränderungen und die Probleme, die sich im Zuge des demographischen Wandels zu einer alternden Gesellschaft ergeben[,]“ (ÖPH 2018)

beschreibt die ÖPH als die derzeit größten Herausforderungen im Public-Health-Bereich. Zum 20-jährigen Bestehen der Public-Health-Wissenschaft in Deutschland hielt der Soziologe Bernhard Badura fest:

„Nach Jahrzehnten intensiver sozialwissenschaftlicher Public Health Forschung muss festgestellt werden: Gesellschaft und Gesundheit hängen enger zusammen als wir bisher angenommen haben.“ (Badura 2011:23)

Diese Zusammenhänge sind auch für die Auseinandersetzung mit den einleitend beschriebenen Forschungsfragen wichtig. Im Folgenden wird deshalb näher auf die theoretischen Inhalte der Public-Health-Forschung eingegangen und Bezüge zu Theorien der Gesundheitsförderung hergestellt.

1.3.1 Epidemiologie

Die Epidemiologie zählt zu den Grundlagenwissenschaften der Public Health und hat die Verbesserung der öffentlichen Gesundheit zum Ziel.

„Der Begriff Epidemiologie leitet sich von den griechischen Wörtern epi (=auf, über), demos (das Volk) und logos (=die Lehre) ab.“ (Bonita / Beaglehole / Kjellström 2008:21)

Erst seit dem 19. Jahrhundert wurde die Verbreitung von Krankheiten innerhalb von Bevölkerungen und Bevölkerungsgruppen systematisch erforscht. Eines der bekanntesten Beispiele hierfür ist sicherlich der Londoner Arzt John Snow, welcher im Jahr 1854 erstmals den Nachweis eines Zusammenhangs von Choleraepidemien mit der Verunreinigung des Trinkwassers erbrachte. Die moderne Epidemiologie erforscht anhand quantitativer Forschungsmethoden weiterhin die Verteilung von Krankheiten in Bevölkerungen und Bevölkerungsgruppen und hat sich gegenwärtig in folgenden Unterkategorien spezialisiert: Die **Umweltepidemiologie** befasst sich mit den Auswirkungen der Qualitäten von Luft, Erde und Wasser auf den Gesundheits- bzw. Krankheitszustand der Bevölkerung (z.B. welche Auswirkungen hat die Entwicklung eines Ozonlochs auf die Lebenserwartung der Bevölkerung?). Die **Pharmakoepidemiologie** untersucht die Zusammenhänge zwischen Medikamenten und der Gesundheit bzw. Krankheit der Bevölkerung (z.B. welche Auswirkungen hat Ritalin auf die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen?). Die **klinische Epidemiologie** widmet sich Zusammenhängen, die aus dem klinischen Alltag hervorgehen (z.B. wie wirkt ein Therapieverfahren und welche diagnostischen Merkmale lassen sich in diesem Zusammenhang erkennen?). Im vorliegenden Forschungszusammenhang ist vor allem die **Sozialepidemiologie** von Bedeutung. Sie untersucht die sozialen Aspekte sowie die

Verteilung von Gesundheit gemäß Einkommen (z.B. welchen Einfluss hat Armut auf die Gesundheit) (vgl. Klemperer 2015:160) (siehe Kapitel 1.5.1).

Die wichtigsten Größen in der Beobachtung von Gesundheit und Krankheit sind Inzidenz und Prävalenz. Während man unter Inzidenz „die neu aufgetretenen Ereignisse (z.B. Krankheiten, Unfälle) in einer Population innerhalb eines bestimmten Zeitraums“ (ebd.:163) versteht, ist die Prävalenz „ein Maß für die zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) oder in einem bestimmten Zeitraum (Perioden- und Lebenszeitprävalenz) in einer definierten Population vorhandenen Krankheitsfälle“ (ebd.:164). Der Begriff „Morbidität“ beschreibt das Krankheitsgeschehen in der Gesellschaft, welches durch die Inzidenz und die Prävalenz von Krankheiten geprägt ist. Die Sterberate innerhalb einer Bevölkerung in einem definierten Zeitraum wird als „Mortalität“ bezeichnet (vgl. ebd.:164). Ein Risiko bezeichnet „die Häufigkeit oder Wahrscheinlichkeit des Auftretens eines Ereignisses (Erkrankung, Tod etc.) bezogen auf eine definierte Population und gegebenenfalls auf einen definierten Zeitraum“ (ebd.:166). Alle Faktoren, welche eine Veränderung am Gesundheits- bzw. Krankheitszustand verursachen, werden als Determinanten bezeichnet. Hierbei unterscheidet man zwischen proximalen bzw. „nahen“ (z.B. Alkoholkonsum) und distalen bzw. „entfernten“ (z. B. Fluglärm) Determinanten (vgl. ebd.:166).

1.3.2 Pathogenese

Magdalena Seidl

Der Begriff Pathogenese setzt sich aus dem altgriechischen Wort „pathos“ (Krankheit, Leiden) und „genesis“ (Entstehung) zusammen und bedeutet damit „Entstehung und Entwicklung von Krankheiten“ (Pschyrembel 2018b). Die sogenannte pathogenetische Perspektive beschreibt das Krankheitsverständnis der modernen Medizin. Diese folgt dem biomedizinischen Krankheitsmodell, welches sich auf die Annahme eines „einfachen Ursache-Wirkungs-Modells“ (Pschyrembel 2018c) stützt und sich ausschließlich auf körperliche Vorgänge bezieht. Es

„liefert(e) ein plausibles und historisch erfolgreiches Rahmenmodell vor allem für die Behandlung der Infektionskrankheiten und die damit in Zusammenhang gebrachte deutliche Steigerung der globalen bevölkerungsweiten Lebenserwartung.“ (Franzkowiak et al. 2011:61)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich dank der modernen Medizin die Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung im Rahmen von Diagnostik, Behandlung und

Therapie erheblich verbessert haben. Dennoch postuliert Klemperer einige Versäumnisse:

- Neue Eingrenzungen von „normal“ und „behandlungsbedürftig“ führen in einigen Bereichen zu einem starken Anstieg an Patient*innen (z. B. Blutdruckwerte, Blutfette etc.).
- Die Frage, ob der/die Patient*in von der Diagnostik einer Normabweichung profitiert, wird „nicht immer ernsthaft gestellt“ (Klemperer 2015:50).
- „Diagnostische und therapeutische Interventionen werden durchgeführt, die mit geringen Nutzenwahrscheinlichkeiten, aber hohen Schadensrisiken einhergehen (z.B. Prostatakrebsfrüherkennung)“ (ebd.:50).
- Verbreitung falscher Annahmen unter Professionist*innen

Die moderne Medizin ist unerlässlich, aber wie im vorhergehenden Absatz klar wird, in manchen Bereichen auch kritisch zu hinterfragen. Als Ergänzung zu einem grundlegend pathogenen Ansatz werden folgend die Salutogenese und das Modell der Resilienz beschrieben, welche auf einem erweiterten Gesundheitsbegriff basieren.

1.3.3 Salutogenese

Die Salutogenese befasst sich mit der Entstehung von Gesundheit und stellt die Frage: „Was erhält Menschen – trotz vieler potentiell gesundheitsgefährdender Einflüsse – gesund?“ (Bengel / Strittmatter / Willmann 2001:84) Der Medizinsoziologe Aron Antonovsky wurde im Jahr 1970 im Rahmen seiner Forschungstätigkeit auf Fälle von Frauen aufmerksam, die die Inhaftierung in einem nationalsozialistischen Konzentrationslager überlebt hatten, doch „nach allen Kriterien psychischer und physischer Gesundheit recht gesund waren“ (Grabert 2007:16). Dies hatte zur Folge, dass Antonovsky sich vermehrt der Entstehung von Gesundheit widmete und später das Modell der Salutogenese entwickelte.

Heute bildet das Modell der Salutogenese vor allem für das Handlungsfeld der Prävention eine wichtige Basis. Laut Bengel et al. (2001:70) dient es „als Metatheorie für das Arbeitsfeld, als Legitimation für konzeptionelle Überlegungen und für konkrete Maßnahmenplanung“. Antonovsky führte einen Perspektivenwechsel herbei, indem er den Menschen nicht entsprechend der Pathogenese mit Blick auf die Krankheit betrachtet, sondern den Fokus auf die Ressourcen der Gesundheit legt. Demnach ist ein Mensch nie ganz krank oder völlig gesund. Zeitweise gewinnt die Krankheit die Oberhand, doch sind immer auch Bereiche vorhanden, die noch gesund sind. Antonovsky (1997:22) bezeichnet dies als das sogenannte „Gesundheits-Krankheits-Kontinuum“.

Antonovsky stellte einen Zusammenhang zwischen Stress, menschlichen Bewältigungsmöglichkeiten und vorhandenen Ressourcen her. Um den Begriff „Stress“ zu erläutern, vergleichen Krause / Lorenz die menschliche Belastbarkeit mit der Tragwerksstatik eines Hauses: „Diese Konstruktionen haben, bedingt durch ihre Bauart, unterschiedliche Belastbarkeiten bzw. sie müssen vielfältigen Beanspruchungen standhalten.“ (Krause / Lorenz 2009:34). Demnach kann Stress zur Beschädigung des Hauses und somit im übertragenen Sinn zur Erkrankung des Menschen führen.

„Wissenschaftlich betrachtet, wird heute Stress als die physiologische Reaktion des Organismus auf die Anforderungen der Umwelt verstanden. Stress im umgangssprachlichen Sinn entsteht, wenn Umgebungsanforderungen oder auch interne Anforderungen die Ressourcen einer Person stark beanspruchen oder übersteigen. Stress beschreibt somit ein Ungleichgewicht zwischen Anforderung und den Fähigkeiten einer Person, mit der Situation umzugehen.“ (Mann-Luoma et al 2002:955)

Der Entwickler des Modells der Salutogenese versteht unter dem Terminus Stress „einen Zustand, der zwar durch eine Belastung hervorgerufen werden kann, was aber nicht zwangsläufig geschehen muss“ (Krause / Lorenz 2009:35). Jedoch ist, im Gegensatz zu dem eben verwendeten Bild der Statik eines Hauses, der menschliche Organismus in der Lage, sich mit den stressauslösenden Anforderungen, genannt Stressoren, auseinanderzusetzen. Zusätzliche Kräfte können mobilisiert werden, um die von Stressoren verursachten Spannungen abzubauen. Diese Spannungen unterscheiden sich stark vom eigentlichen Stresszustand (vgl. ebd.:35). Die Mobilisierung der Kräfte wird auch als Bewältigungsversuch bezeichnet. Dieser ist maßgeblich verantwortlich dafür, „wieweit es dem Menschen gelingt, den durch den Stressor hervorgerufenen Spannungszustand abzubauen oder sogar zu seinem Vorteil zu nutzen, sodass er gar nicht erst in den Stresszustand übergeht, der letztendlich für die Gesundheit als bedrohlich betrachtet werden muss“ (ebd.). Stressoren machen keinesfalls durchwegs krank. Vielmehr sind das Bewältigungsverhalten und die Auswirkungen der Stressoren von der positiven oder negativen Bedeutung des einzelnen Stressors abhängig. Lässt sich die Spannung nicht bewältigen, führt dies zu einem Stresssyndrom, während eine erfolgreiche Spannungsbewältigung den menschlichen Organismus sogar stärkt (vgl. Grabert o.A.:6). Ressourcen stellen Möglichkeiten bzw. Hilfsmittel zur Aufarbeitung und Bewältigung der jeweiligen (Lebens-)Anforderungen und Aufgaben dar. Sie orientieren sich an den gesetzten Zielen und werden zu deren Erreichung eingesetzt (vgl. Krause / Lorenz 2009:41). Antonovsky suchte lange nach Faktoren, die die Auflösung des Spannungszustandes erleichtern und somit gesundheitsfördernd wirksam sind. Er definierte sie als generalisierte Widerstandsressourcen. Die Generalisierung stellte er diesem Begriff bewusst voran, um die Wirksamkeit in Situationen aller Art deutlich zu machen. Unter den Widerstandsressourcen versteht Antonovsky (1997:16) „Geld, Ich-Stärke, kulturelle Stabilität, soziale Unterstützung und dergleichen, also jedes

Phänomen, das zur Bekämpfung eines weiten Spektrums von Stressoren wirksam ist“. Widerstandsressourcen haben im Grunde zwei verschiedene Aufgaben. Zum einen prägen und beeinflussen sie die Erfahrungen, die Menschen im Leben sammeln, zum anderen aktivieren sie verschiedene Potenziale, um schwierige Lebensaufgaben zu lösen und zu bewältigen. Krause / Lorenz (2009:42) beschreiben sie zudem als „Wirkfaktoren bzw. Ressourcen, die eine erfolgreiche Spannungsbewältigung unterstützen und damit einen Einfluss auf den Erhalt oder die Verbesserung unserer Gesundheit haben“. In der gängigen Literatur werden verschiedene generalisierte Wirkfaktoren beschrieben, die nachfolgend kurz dargestellt werden:

- Die **körperlichen Ressourcen** beinhalten vor allem genetische, konstitutionelle und immunologische Bereiche.
- Unter den **personalen Ressourcen** wird das persönliche Wissen, die emotionale Stabilität, die eigene Identität, die Selbstwirksamkeit, die eigenen Kontrollüberzeugungen, das Vertrauen in das Selbst, das Selbstwertgefühl, sowie Handlungs- und soziale Kompetenzen verstanden.
- Geld, Güter und materieller Wohlstand werden in den **materiellen Ressourcen** erfasst.
- Unter den **sozialen Ressourcen** versteht man die gesellschaftliche Einbindung, die sozialen Beziehungen und Netzwerke.
- Die **gesellschaftlich-kulturellen Ressourcen** stellen die politisch-kulturellen und spirituell-philosophischen Gegebenheiten im Leben der betroffenen Person dar (vgl. Krause / Lorenz 2009:43).

Werden diese Faktoren zusammengefasst, so bilden sie jene Ressourcen, die zur Lebensbewältigung aktiviert werden können. Diese sind jedoch abhängig von einer Kompetenz, genannt Kohärenzgefühl, welches eine zentrale Rolle in diesem Gesundheits- Krankheitskontinuum spielt (vgl. ebd.:43).

Das Kohärenzgefühl stellt laut Antonovsky eine Steuerungsinstanz dar, die bestimmt, in welchem Ausmaß Menschen in der Lage sind, ihre vorhandenen Ressourcen zu aktivieren, um ihre Gesundheit zu verteidigen (vgl. Grabert o.A.:6; vgl. Antonovsky 1997:33). Das Kohärenzgefühl oder auch *sense of coherence* (SOC) (Marti 2006:63) beinhaltet drei verschiedene Komponenten:

1. Das Gefühl der Verstehbarkeit (*sense of comprehensibility*), die kognitive Komponente, die das das Vertrauen in die eigene, kognitive Auffassungsgabe und die Erklärbarkeit von Ereignissen meint.
2. Das Gefühl der Handhabbarkeit und Bewältigbarkeit (*sense of manageability*), beschreibt das Wissen um eigene Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten sowie das Vertrauen in die Hilfe anderer.
3. Das Gefühl der Sinnhaftigkeit und Bedeutsamkeit (*sense of meaningfulness*), welche die motivationale Komponente des gesundheitsfördernden Modells darstellt (vgl. Antonovsky 1997:35).

Marti erweitert die von Antonovsky genannten drei Punkte noch um einen weiteren, der vom letzteren häufig in die Komponente der Bedeutsamkeit eingeschlossen wird:

4. Das Gefühl der Gestaltbarkeit ergänzt das Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten der schöpferischen Mitgestaltung.

„Das Vertrauen in die eigene Fantasie und Kreativität dürfte für das Kohärenzgefühl entscheidend sein“. (Marti 2006:64-65) Das Kohärenzgefühl ist bei allen Menschen individuell stark oder schwach ausgeprägt. Demnach können lebensbedingte Stressoren auch unterschiedlich bewältigt bzw. nicht bewältigt werden. Wie bereits aufgezeigt wurde, handelt es sich bei den Wirkungsweisen des Kohärenzgefühls um konzeptionelle Grundlagen, die für den Erhalt und die Wiederherstellung vor allem der psychischen und psychosomatischen Gesundheit wichtig sind.

1.3.4 Resilienz

Der Begriff Resilienz (engl. *resilience* – Spannkraft, Elastizität, Strapazierfähigkeit)

„bezeichnet allgemein die Fähigkeit, erfolgreich mit belastenden Lebensumständen (z.B. Unglücken, traumatischen Erfahrungen, Misserfolgen, Risikobedingungen) und negativen Folgen von Stress umzugehen.“ (Wustmann 2005:192)

Damit ist der Begriff sinngemäß mit der Salutogenese verwandt. Der Soziologe Bruno Hildenbrand und die Psychotherapeutin Rosmarie Welter-Enderlin definieren den Begriff Resilienz ergänzend folgendermaßen:

„Unter Resilienz wird die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen.“ (Welter-Enderlin / Hildenbrand 2010:13)

Ähnlich dem oben beschriebenen Salutogenese-Konzept widmet sich die Resilienzforschung verstärkt der Analyse von Schutzfaktoren, „die für die Entwicklung und den Erhalt seelischer und körperlicher Gesundheit maßgeblich mit verantwortlich sind“ (Fröhlich-Gildhoff / Rönnau-Böse 2015:7). Menschen oder Systeme können Irritationen, Rückschläge oder beispielsweise auch Krankheiten demnach aushalten und sich nach einiger Zeit an die neuen herausfordernden Bedingungen anpassen. „Mit dieser Anpassung vollzieht sich ein Lernprozess, der belegt, dass Resilienz lernbar und entwickelbar ist.“ (Degenkolb-Weyers 2016:4) Die Förderung von Resilienz ist somit immer mit herausfordernden Erfahrungen verbunden und stellt nicht ausschließlich eine persönliche Eigenschaft dar. Vielmehr ist sie als Fähigkeit zu verstehen, „die sich nur im Kontakt mit anderen Menschen, einem anderen System oder der Umwelt entwickeln oder verändern kann [...]“ (ebd.). Man spricht deshalb auch von einer „Bewältigungskompetenz“ (ebd.).

Die Resilienzforschung wurde maßgeblich von vier Forschungswellen geprägt, welche sich jeweils mit unterschiedlichen Schwerpunkten befassten (vgl. Sotzko 2013:15-16). Anfangs dokumentierten Wissenschaftler*innen vor allem Schutzfaktoren, die Menschen in der Bewältigung schwieriger Erlebnisse unterstützten (erste Welle). In der Folge beschäftigten sie sich mit der Belastungs- und Traumaverarbeitung im Erwachsenenalter (zweite Welle). Als dritte Welle der Resilienzforschung wird die Systemforschung beschrieben „[...] in der zwischen Mikro- (Resilienz im Familiensystem) und Makroebene (Resilienz von Gesellschaften und sozial-ökologischen Systemen) unterschieden wird“ (Degenkolb-Weyers 2016:5). Die vierte Welle widmet sich schwerpunktmäßig den auf die Arbeitswelt bezogenen Resilienzfaktoren auf Einzelfall- und Systemebene (vgl. ebd.).

Drei Kerncharakteristika zeichnen die Resilienz eines Menschen aus. Wie bereits dargelegt, ist Resilienz keine angeborene Persönlichkeitskompetenz, sondern beschreibt einen **dynamischen Anpassungs- und Entwicklungsprozess** (ebd.:6) im Leben eines Menschen, in dessen Verlauf sich die für den Bewältigungsmechanismus nötigen Kompetenzen entwickeln. Dabei ist Resilienz eine **flexible und situationsangepasste Widerstandsfähigkeit**, die jedoch nicht allumfassend vor psychischen und emotionalen Belastungen in schwierigen Lebenssituationen schützt. In diesen Fällen ist es laut der Dipl.-Pädagogin Sabine Schmidthermes (2009:17) wichtig, soziale Unterstützung zu erhalten, um schützende Fähigkeiten wieder bewusst zu machen und diese nutzen zu können. Ebenso wenig kann von einer umfassenden Resilienz in allen Lebensbereichen ausgegangen werden. Man spricht hier von einer **„Situationsspezifität“** (Degenkolb-Wyders 2016:7) im Sinne einer lebensbereichsspezifischen Resilienzkompetenz.

Das Resilienzmodell des Sozialpädagogen Ulrich Siegrist und des Theologen Martin Luitjens stellt Resilienz als einen Lern- und Entwicklungsprozess anschaulich dar.

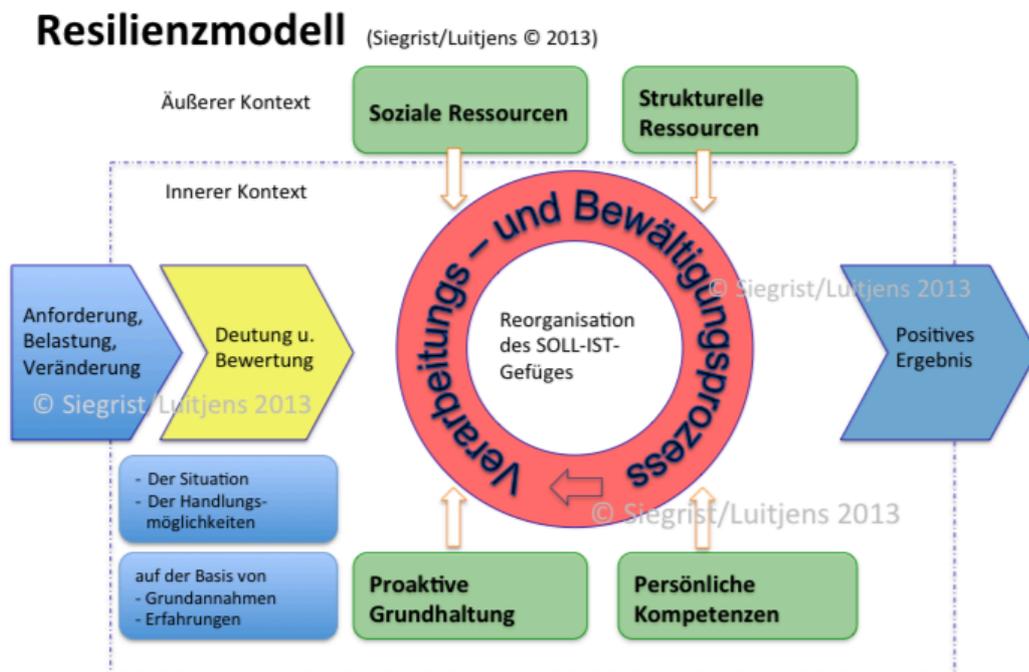


Abbildung 2: Resilienzmodell; Quelle: Siegrist / Luitjens (2013)

Herausfordernde Anforderungen, Veränderungen und Belastungen wirken auf den Menschen. Dieser schätzt die Situation und seine Handlungsmöglichkeiten auf Basis seiner Erfahrungen und Grundannahmen ein und beginnt, das Erlebte zu verarbeiten bzw. zu bewältigen. Der Erfolg des Verarbeitungs- und Bewältigungsprozesses wird maßgeblich von der eigenen proaktiven Grundhaltung eines Menschen (innerer Kontext) und seinen persönlichen Kompetenzen beeinflusst. Außerdem wirken sich die sozialen und strukturellen Ressourcen der Lebenswelt (äußerer Kontext), auf den Erfolg des Vorgangs aus. Innerhalb des Verarbeitungs- und Bewältigungsprozesses geschieht eine sogenannte „Reorganisation des SOLL-IST-Gefüges“ (Siegrist / Luitjens 2013:o.A.). Dies bedeutet, dass die Haltung der Person zur Situation neu bewertet und organisiert wird.

Die **Faktoren von Resilienz** sind innerhalb der Grafik gut erkennbar. Bezogen auf den Forschungsschwerpunkt in der gemeindenahen Gesundheitsversorgung stellen beispielsweise Einsamkeit, Überforderung in der Pflege von Angehörigen oder weite Wege

in das nächste Spital **Risikofaktoren** dar. Als **Schutzfaktoren** gelten externe Ressourcen wie Beratungsstellen, Vereine, Kirchen und der Kontakt zu Freund*innen und Familie (soziale Unterstützung) ebenso wie interne Ressourcen wie zum Beispiel eine optimistische Lebenseinstellung, Empathiefähigkeit, Selbstbewusstsein etc. (vgl. Degenkolb-Weyers 2016:7). Dabei gilt Resilienz als

„[...] höchst komplexes Phänomen, das unterschiedlichste dynamische Prozesse zwischen den individuellen persönlichen Merkmalen, der Umwelt und dem Entwicklungsergebnis abbildet“ (Schmidthermes 2009:19).

Jeder Mensch ist im Laufe seines Lebens mehr oder weniger häufig, in größerem oder kleineren Ausmaß belastenden Erlebnissen wie Krankheit, Verlust eines lieben Menschen, Ärgernissen im Arbeitsumfeld etc. ausgesetzt. Selbstschutz kann hier bedeuten, eigene Bedürfnisse wahrzunehmen, sich zu trauen, auf andere zuzugehen und diese Bedürfnisse zu äußern, zu wissen, an welchen Stellen diese Bedürfnisse geäußert werden können und wo man Hilfe, Unterstützung oder Zuspruch erhalten kann.

„Quellen von Resilienz finden Menschen in den vielfältigen Bereichen, in denen sich ihr Leben abspielt: in der eigenen Geschichte, in der Familie, in Nachbarschaft, Arbeitswelt oder Schule. Eine solche Art von bezogenem Selbstschutz durch die Nutzung von Möglichkeiten die im eigenen Lebensumfeld zur Verfügung stehen, ist eine Form von Resilienz [...].“ (Welter-Enderlin / Hildenbrand 2010:13-14)

Fazit: Der ganzheitliche Gesundheitsbegriff nach Badura und Hehlmann (2003) postuliert

„eine Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung [...] durch die ein positives, seelisches und körperliches Befinden – insbesondere ein positives Selbstwertgefühl – und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wiederhergestellt wird“ (Badura / Hehlmann 2003:13).

Mit dem Salutogenese- und Resilienzmodell wird das gesundheitliche Potential dieser Fähigkeiten aufgezeigt. Während das Salutogenesemodell seinen Schwerpunkt mit dem Kohärenzgefühl eher auf die inneren Prozesse im Sinne der Ressourcenaktivierung setzt, bildet das Resilienzmodell anschaulich das Zusammenwirken von sozialem Netz (äußerer Kontext) und verinnerlichten Bewältigungsmechanismen ab. Dieses theoretische Hintergrundwissen ist für die Auseinandersetzung mit den einleitend genannten Forschungsfragen mit dem Ziel der Konzeptentwicklung für ein Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung maßgeblich. Der Frage, welche Auswirkungen soziale Netzwerke auf die Gesundheit haben können, wird im folgenden Kapitel nachgegangen (Bezüge zur Gemeinwesenarbeit sind in Kapitel 3 zu finden).

1.4 Soziale Netzwerke als Gesundheitsaspekt

In den vorangegangenen Kapiteln wurde erläutert, dass ein Zusammenhang zwischen sozialen Gegebenheiten und Gesundheit nicht zu leugnen ist. Der Perspektivenwechsel mit Blick auf das Gesundheitsverständnis (Stichwort „ganzheitlicher Gesundheitsbegriff“) sowie die politischen Bemühungen hinsichtlich der Gesundheitsförderung lenken auch das Forschungsinteresse verstärkt auf die Zusammenhänge zwischen Individuum, Gesundheit und sozialer Gruppenzugehörigkeit. Bezogen auf die Forschungstätigkeit in der Gemeinde Orth an der Donau stellte sich die Frage, welche Ansätze, die soziale Netzwerke und damit Gesundheit im weitesten Sinne fördern, können in einem Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung zur Anwendung kommen. Bezogen auf diese Forschungsfrage werden sozialepidemiologische Theorien beleuchtet (siehe auch Kapitel 1.3.1), welche sich mit den Wirkungsbeziehungen zwischen Individuum und Gesellschaft befassen.

Die Theorie der sozialen Gesundheit konzentriert sich stark auf die wechselseitige Beziehung zwischen dem Menschen und der Gesellschaft, in der dieser lebt. Damit ist die Gesundheit eines Individuums nicht nur von den Genen, einer achtsamen Lebensweise oder etwa der Ernährung abhängig. Die Soziologen Pfaff et al. (2011:39) gehen in ihren „Elementen einer Theorie der sozialen Gesundheit“ davon aus, „dass Gesundheit das Ergebnis individueller und kollektiver Ressourcenakkumulation und -krisen ist“. Ressourcenakkumulation meint einen möglichst gut gelingenden Ressourcenaustausch zwischen Individuum und Gesellschaft. Eine Ressourcenkrise ist dann vorhanden, wenn dem Individuum unzureichende Ressourcen zur Verfügung stehen, um im Alltag auftretende Probleme zu bewältigen und grundlegende Bedürfnisse zu befriedigen oder wenn einem Individuum der Zugang zu den Ressourcen der Gesellschaft überhaupt verwehrt bleibt. Dies kann zum Beispiel als Folge von Arbeitslosigkeit, des Verlusts einer nahestehenden Person oder fehlender Mobilität geschehen. Der Mensch als bio-psycho-soziales Wesen zeichnet sich durch sein Grundbedürfnis nach sozialer Bindung und seine Zugehörigkeit zu einer Gesellschaft aus. Der Theorieansatz der sozialen Gesundheit geht demnach davon aus, dass Gesundheit „das Ergebnis kollektiven Handelns und Krankheit das Ergebnis sozial mitverursachter Ressourcenkrisen“ (Pfaff et al. 2011:64) ist.

Unter sozialer Unterstützung werden vorhandene oder zu erwartende soziale Beziehungen und die Verfügbarkeit der damit verbundenen sozialen Ressourcen verstanden. In der Literatur existieren vielerlei Erklärungsansätze zum Zusammenhang

von sozialer Unterstützung und Gesundheit. Einer davon ist das „Modell der direkten Effekte“ (Hartung 2011:245), welches davon ausgeht, dass durch soziale Unterstützung das Selbstwertgefühl, gesundheitsfördernde Verhaltensweisen und das Gefühl der Kontrolle über das eigene Leben gefördert werden. „Allein das Eingebettet sein in soziale Interaktionsprozesse und die positiven Erfahrungen im Zusammenleben mit anderen wirken sich günstig auf die Gesundheit aus.“ (ebd.:245) Dem entspricht ein „Puffermodell“ (ebd.:225) der positiven Wirkungen sozialer Unterstützung. Belastungen werden durch die soziale Einbettung abgemildert, „gepuffert“ und damit als weniger schädlich für die Gesundheit erlebt.

Das soziale Kapital liefert ein theoretisches Modell, welches die Anzahl und die Qualität sozialer Kontakte erfasst und die für die soziale Unterstützung notwendigen Werte, Normen sowie das Vertrauen innerhalb eines Netzwerks beschreibt. Während die Theorieansätze der sozialen Unterstützung und der sozialen Gesundheit vor allem vom Individuum und seiner persönlichen Verfassung ausgehen, arbeitet das Konzept des Sozialkapitals mehrschichtig auf organisationaler, nachbarschaftlicher oder gesellschaftlicher Ebene und setzt sich aus quantitativen sowie qualitativen Aspekten zusammen. Als qualitative Aspekte gelten die kognitiven Wahrnehmungen des Menschen (z.B.: Vertraue ich meinen Nachbar*innen oder anderen Menschen in meiner Gemeinde? Vertrete ich dieselben Werte und Normen, vertraue ich auf die Hilfsbereitschaft innerhalb meines Freundeskreises?). Die quantitativen Aspekte des Sozialkapitals setzen sich aus der Menge der direkten und indirekten, der formellen und informellen Kontakte sowie deren Intensität zusammen (vgl. Hartung 2011:247).

Das Konzept des sozialen Kapitals wurde ab den 1980er-Jahren von Soziologen wie Pierre Bourdieu und Robert D. Putnam theoretisch begründet und Bezüge zur Gesundheit hergestellt.

„Das Sozialkapital ist die Gesamtheit der aktuellen und potentiellen Ressourcen, die mit dem Besitz eines dauerhaften Netzes von mehr oder weniger institutionalisierten Beziehungen gegenseitigen Kennens oder Anerkennens verbunden sind; oder, anders ausgedrückt, es handelt sich dabei um Ressourcen die auf der Zugehörigkeit zu einer Gruppe beruhen.“ (Bourdieu 1983:191)

Bourdieu unterschied vier Arten von Kapital, die dem Individuum in objektiver oder subjektiver Form zur Verfügung stehen: das ökonomische Kapital (Geld, Güter), das kulturelle Kapital (Traditionen, Zugang zu Kunst und Kultur), das soziale Kapital (Freunde, Vereine, Gruppen) sowie das symbolische Kapital (Lebensstil, Geschmack). Alle Kapitalformen sind laut Bourdieu (1983:191-192) Inhalt sozialen Austauschs und immer mit der Ungleichheit des sozialen Status verbunden.

Soziale Netzwerke gelten als zentrale Elemente des sozialen Kapitals. Hierbei kann zwischen informellen Netzwerken (Familie, Freunde, Nachbarschaft), formellen Netzwerken (Vereinen, Gruppen, Organisationen), verbindendem sozialen Kapital (z.B. Herkunft, Aussehen), überbrückendem sozialen Kapital (offene, ungleiche Gruppen wie z.B. Jugendgruppen) und dem sogenannten „linking social capital“ als von Vertrauen und Respekt geprägte Beziehungen zwischen Personen ungleicher Machtposition unterschieden werden (vgl. Klemperer 2015:79).

Die Soziologin Wiebke Bruns befasste sich mit der Frage, unter welchen Voraussetzungen soziale Netzwerke einen positiven Einfluss auf die menschliche Gesundheit haben. Ausgehend von der Gesundheit als „mehrdimensionalem Konstrukt“ (Bruns 2013:227), bestehend aus persönlichen Faktoren, individuellen Verhaltensweisen, sozialen Netzwerken sowie sozialräumlichen Gegebenheiten, beschreibt sie drei Netzwerkebenen, welche auf die Gesundheit des Menschen Einfluss haben.

Die Einbettung in die primäre Netzwerkebene erfolgt bereits bei der Geburt oder wird durch eigene Entscheidungen bestimmt. Sie umfasst Familienangehörige, Verwandte, Nachbar*innen und Freund*innen und beschreibt die „mikrosoziale Einbindung eines Individuums“ (ebd.:96). Meist findet auf dieser Ebene auch die primäre Sozialisation statt (ebd.). Primäre Sozialisation meint die „Vermittlung der normativen Regelungen des umgebenden sozialen Milieus an Säugling und Kleinkind“ (Pschyrembel 2018d).

„Gesundheit wird maßgeblich durch primäre Netzwerke beeinflusst, da diese neben sozialer Unterstützung auch das Erlernen und Weitergeben von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen begünstigen. Gesundheitsfördernde Maßnahmen können demzufolge sinnvoll auf der Ebene der primären Netzwerke implementiert werden, da sie durch die Intensität der Beziehungen einen Rahmen bilden, in dem gesundheitsrelevante Inhalte thematisiert, aber auch „gelebt“ werden.“ (Bruns 2013:100)

Zu der sekundären Netzwerkebene oder „Mesoebene“ zählen „(selbst-)organisierte soziale Gebilde wie Vereine, Selbsthilfegruppen, soziale Verbände oder Nicht-regierungsorganisationen [...] Institutionen wie Kindergärten, Schulen, Freizeiteinrichtungen oder Arbeitsstellen an denen eine Partizipation möglich ist [...]“ (Bruns 2013:101).

„Ebenso wie bei den primären Netzwerktypen wird die Einbindung in sekundäre Netzwerke als eine informelle Möglichkeit der Gesundheitsförderung gesehen [...] Demzufolge wird davon ausgegangen, dass die Einbindung und Partizipation eines Akteurs in sekundäre Netzwerke gesundheitsfördernd wirkt. [...] Auch auf der kommunalen Ebene sind sekundäre Netzwerke eine wichtige Ressource, durch die sowohl gesundheitsfördernde Strategien als auch präventive Maßnahmen umgesetzt werden können.“ (Bruns 2013:102)

Die tertiäre Netzwerkebene beinhaltet im Gegensatz zu den beiden vorangegangenen Ebenen die professionellen Akteur*innen im Umfeld eines Menschen (z.B. das Personal

von Arztpraxen, Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen, Beratungsstellen etc.). Durch den Perspektiven- und Paradigmenwechsel im Bereich des Gesundheitsverständnisses in Richtung des ganzheitlichen Gesundheitsbegriffs,

„verlieren die Akteure der tertiären Netzwerke an Bedeutung, wohingegen die Laiensysteme einen Bedeutungszuwachs erfahren [...] Bei der Behandlung von Infektionskrankheiten sowie bei Notfällen kommt den professionellen Gesundheitsakteuren jedoch nach wie vor eine wichtige Funktion zu. Da viele Krankheiten jedoch durch mehrdimensionale Faktoren entstehen, sind die Akteure der tertiären Netzwerkebene vermehrt auf die Zusammenarbeit mit den anderen Netzwerkebenen angewiesen.“ (Bruns 2013:102-103)

Wichtig ist, dass die tertiäre Netzwerkebene von den Nutzer*innen als sinnvoll und hilfreich erachtet wird und auf einer vertrauensvollen Beziehung basiert. „Das Vertrauen in und die Zufriedenheit mit der institutionalisierten Gesundheitsversorgung werden maßgeblich durch die Möglichkeit der Partizipation sowie durch eine lokale Vernetzung beeinflusst.“ (Bruns 2013:103) (siehe Kapitel 1 und Kapitel 3).

Das Strukturmaß der Dichte sozialer Netzwerke kann eine Aussage „über die Verfügbarkeit und die Verbreitung von sozialer Unterstützung“ (Bruns 2013:170) treffen. Jedoch gilt, je höher die Dichte des sozialen Netzwerks, desto weniger ist es für die Akteur*innen möglich, an Ressourcen und Informationen außerhalb des Netzwerks heranzukommen und desto höher ist auch die durch das Netzwerk ausgeübte soziale Kontrolle. In Netzwerken mit einer höheren Dichte können im Bedarfsfall Hilfeleistungen schneller gewährleistet werden und bieten dadurch einen Vorteil. Informationen können in einem dichten Netzwerk besser verbreitet werden. Der Bildungsstand determiniert die Dichte eines sozialen Netzwerks maßgeblich, und diese steigt mit zunehmendem Bildungsgrad. „Demzufolge vergrößert sich mit zunehmendem Bildungsstand die sozialräumliche Reichweite, was sich wiederum positiv auf das Generieren von zusätzlichen Ressourcen auswirkt“ (ebd.:170).

Eine im Jahr 1993 von der Gesundheitsverwaltung in Alameda County im US-Bundesstaat Kalifornien in Auftrag gegebene Studie befasste sich mit der Frage „des Zusammenhangs von sozialer Integration, Gesundheitsverhalten, körperlichem und seelischem Wohlbefinden und Mortalität“ (Klemperer 2015:80). Von 1965 an wurden per Zufall insgesamt 6.928 Menschen aus Alameda County zur Teilnahme an einer Studie über ihren persönlichen Gesundheitsstatus im Verhältnis zu ihrer Einbindung in soziale Netzwerke und zu persönlichen Charakteristiken eingeladen. Die Datenerhebung fand zu Beginn der Studie mittels Interviews statt. Anschließend wurden die Teilnehmer*innen mittels eines „Social Network Index“ (ebd.: 80) in vier Kategorien gruppiert, die sich in ihrer Netzwerkdichte unterschieden. „In der Gruppe mit der niedrigsten Anzahl von

Kontakten im Vergleich zur Gruppe mit den meisten Kontakten war das Mortalitätsrisiko für Männer um den Faktor 2,3 und für Frauen um den Faktor 2,8 erhöht.“ (ebd.:80-81) Daraus ergab sich, dass Personen mit einer geringeren Anzahl an sozialen Kontakten ein erhöhtes Sterberisiko gegenüber jenen Personen hatten, die in ein gut funktionierendes Netzwerk eingebunden waren.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass soziale Netzwerke eine wichtige Determinante für die Gesundheit eines Menschen bilden. Dabei kann die Integration in soziale Netzwerke sowohl gesundheitsfördernde als auch nicht gesundheitsfördernde Effekte haben.

„Es zeigt sich, dass die Qualität der sozialen Unterstützungsleistungen, die über das soziale Netzwerk bereitgestellt und verbreitet werden, ein entscheidendes Kriterium dafür ist, inwiefern sich das soziale Netzwerk gesundheitsfördernd auswirkt.“ (Bruns 2013:123-124)

Daraus ergibt sich, dass für eine aussagekräftige Analyse der Netzwerkstrukturen nicht nur die Größe oder Dichte ausschlaggebend sind, sondern auch deren Funktionalität. In diesem Zusammenhang ist ein Blick auf die Auswirkungen sogenannter „sozialer Ungleichheit“ auf die Gesundheit von Interesse, spiegelt diese sich schließlich häufig in den Strukturen sozialer Netzwerke wider.

1.5 Soziale Ungleichheit

Patricia Renner

„Als ‚**Soziale Ungleichheit**‘ werden gesellschaftliche Vor- und Nachteile von Menschen bezeichnet“ (Hradil 2009:36). Etwas detaillierter kann soziale Ungleichheit auch als ungleiche Verteilung wertvoller Ressourcen von gesellschaftlich hervorgebrachten positiven oder negativen Lebensbedingungen von Menschen beschrieben werden (vgl. Franzkowiak et al. 2011:37).

Mit Entwicklung der Sozialepidemiologie und der Medizinsoziologie (siehe Kapitel 1.3) in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts konnte festgestellt werden, dass beträchtliche Unterschiede in der Lebenserwartung und im Gesundheitszustand von Menschen bestehen. Zahlreiche empirische Studien belegen, dass ein systematischer Zusammenhang zwischen sozialem Status und Gesundheitszustand besteht (vgl. Siegrist / Marmot 2008:15-16, Richter / Hurrelmann 2009:14-15; Haas / Ziniel 2015:157-158). Weder gesundheitliche Chancen, noch gesundheitliche Risiken sind gleichmäßig verteilt und stehen in Verbindung mit sozioökonomischen Faktoren. Die Auswirkungen sozialer Ungleichheit auf die Gesundheit werden unter anderem als „**gesundheitliche Ungerechtigkeit** (engl. ‚health inequity‘)“ (Haas / Ziniel 2015:57) oder „**gesundheitliche Ungleichheit**“ (Richter / Hurrelmann 2009:14) bezeichnet, weil es sich um unfaire und teilweise vermeidbare Unterschiede handelt.

Der sogenannte **sozioökonomische Status** gilt als wichtigster sozial strukturierender Faktor für das Gesundheitsverhalten und den Gesundheitszustand (vgl. Hurrelmann 2010:25). „Dieser Status drückt die relative Position im gesellschaftlichen Gefüge von Privilegien und Wohlstand aus.“ (ebd.) Der sozioökonomische Status eines Menschen, wird an seinem Bildungsabschluss, seiner beruflichen Tätigkeit und seinem Einkommen gemessen. Je niedriger dieser Status ist, desto höher ist sein Risiko, im Vergleich zur durchschnittlichen Lebenserwartung vorzeitig zu versterben oder eine chronische Erkrankung zu erwerben (vgl. Klemperer 2015:227). Dabei lässt sich kritisch anmerken, dass sich „[...] **der Sozialstatus stärker auf die Gesundheit auswirkt als umgekehrt die Gesundheit auf den Sozialstatus**“ (Kristenson 2008:164) (siehe Kapitel 1.5.1).

Durch die erreichten Statuswerte lassen sich die gesellschaftlichen Mitglieder sogenannten „**einzelnen sozialen Schichten**“ zuordnen, wodurch sich eine vertikale Gliederung der Gesellschaft ergibt (vgl. Hurrelmann 2010:26-27). Die Mitglieder der einzelnen Schichten verfügen über ungleiche Lebensbedingungen und sind somit ungleichmäßig in der Lage,

an gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Vorteilen teilzuhaben. Horizontale soziale Faktoren wie z.B. Alter, Geschlecht, Migrationserfahrung, Familiengröße, Wohnort etc. stehen quer zu den vertikalen Ungleichheiten aufgrund der finanziellen Ressourcen, des Bildungsgrads und sozialen Prestiges und beeinflussen unsere Gesundheit. Aus diesen (un-)vorteilhaften Lebensbedingungen können weitere soziale Ungleichheiten entstehen (vgl. Richter / Hurrelmann 2009:16, Hradil 2009:36-37). Ausgehend von vertikalen Ungleichheiten können im Zusammenspiel mit horizontalen Faktoren Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten und in Krankheitsrisiko- und -häufigkeiten resultieren.

Als einfaches Modell zur Erklärung lässt sich zusammenfassen, dass gesundheitliche Ungleichheit in erster Linie durch den Effekt des sozioökonomischen Status auf die Gesundheit entsteht. Dabei beeinflusst der Status den Gesundheitszustand nicht direkt, sondern die Gesundheit entsteht durch ungleich verteilte (Risiko-)Faktoren, z.B. materielle, psychosoziale und verhaltensbezogene Faktoren, wie in Abbildung 3 ersichtlich wird.

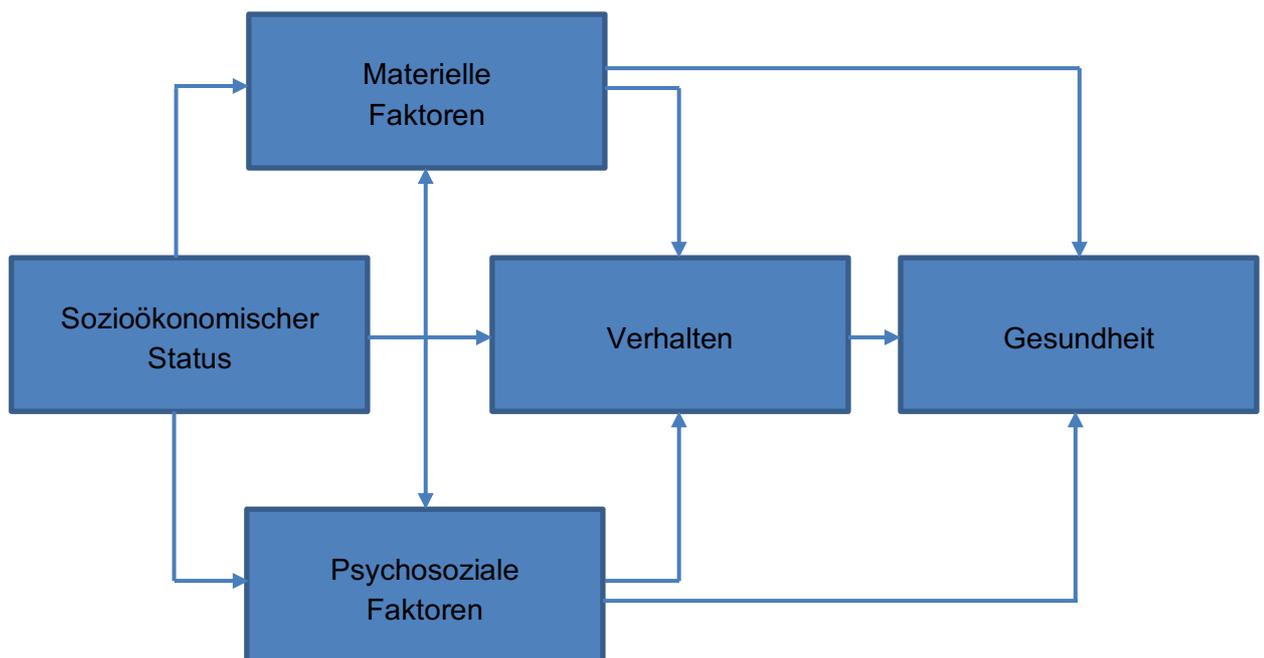


Abbildung 3: Einfaches Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit; Quelle: eigene Darstellung nach Richter / Hurrelmann (2009:23)

Als **sozialer Gradient** wird der Zusammenhang bezeichnet, dass ein niedrigerer sozioökonomischer Status den Erwerb einer chronischen Krankheit oder das vorzeitige Ableben begünstigt. Umgekehrt bringt das Steigen des sozioökonomischen Status das Vermeiden chronischer Krankheiten oder ein Steigen der Lebenserwartung mit sich (vgl. Siegrist / Marmot 2008:16; Janßen 2011:3-4).

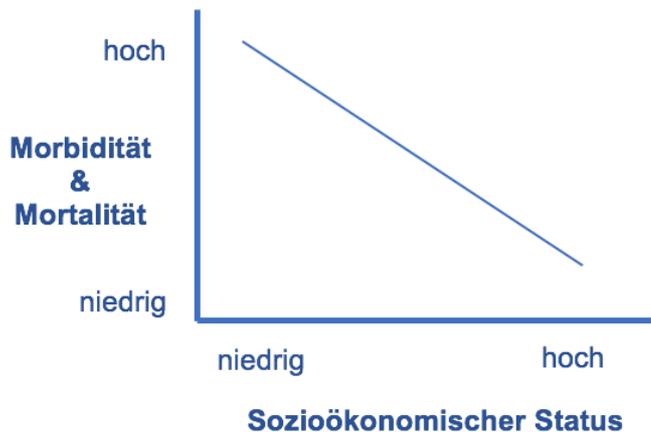


Abbildung 4: Darstellung des sozialen Gradienten; Quelle: eigene Darstellung nach Janßen (2011:4)

Der Anstieg oder das Gefälle von Morbidität und Mortalität (siehe Kapitel 1.3.1) stehen demnach in relativem Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status (vgl. Abbildung 4). Es besteht „[...] ein deutlicher sozialer Gradient in der Sterblichkeit“, denn „mit einer stufenweisen Abnahme des Einkommens erhöht sich das Risiko frühzeitiger Sterblichkeit kontinuierlich“ (Richter / Hurrelmann 2009:16-17). Unterschiede in der Ausprägung des Gradienten über den gesamten Lebenslauf konnten festgestellt werden. So konnte die stärkste Ausprägung des sozialen Gradienten in der frühen Kindheit und im mittleren Erwachsenenalter beobachtet werden (vgl. Siegrist / Marmot 2008:16-17). Besonders in den Phasen der frühen Kindheit gilt es, in die Stärkung von Gesundheitskompetenz zu investieren.

Als zukünftige Herausforderungen werden im Fachdiskurs die Bedeutung von sozialer Ungleichheit in Verbindung mit dem Gesundheitszustand bei älteren Bevölkerungsgruppen erwähnt. Zwar ist die Kurve des sozialen Gradienten im mittleren Erwachsenenalter am höchsten, dennoch setzt sich dieser in den späteren Lebensphasen fort. Zusätzlich muss der sozioökonomische Status der im Ruhestand befindlichen Gruppe mittels anderer Komponenten ermittelt werden, da Indikatoren wie materieller Besitz und Wohlstand aussagekräftiger sind als die vormalige Berufstätigkeit oder erworbene Bildungsabschlüsse.

1.5.1 Zusammenhang zwischen Gesundheit und Armut

Der Gesundheits- und der sozioökonomische Status scheinen in keinem linearen Zusammenhang zu stehen. Der Gesundheitszustand sackt jedoch in starkem Maße ab, je näher die Bevölkerungsgruppe sich am untersten Ende des sozioökonomischen Gefälles einer Gesellschaft befindet (vgl. Hurrelmann 2010:34-35). Die Besorgnis über negative gesundheitliche Auswirkungen materieller Benachteiligung für von Armut betroffenen Menschen besteht zu Recht, weil diese Gruppe am meisten davon betroffen ist.

Gesundheitliche Benachteiligungen gelten immer noch für sämtliche Bevölkerungsgruppen außer jener der gesellschaftlich am besten gestellten Gruppe. Dennoch, mit dem Sinken des sozioökonomischen Status der Bevölkerung steigen Krankheitshäufigkeit und Krankheitslast und die Lebenserwartung sinkt. Bei Menschen mit geringem sozioökonomischem Status treten signifikant häufigere Krankenhausaufenthalte auf (vgl. Haas / Ziniel 2015:159; Hurrelmann 2010:26-27). Ausschlaggebend für ein höheres Krankheits- und Sterberisiko für von Armut betroffene Menschen sind Unterschiede

- in gesundheitlichen Belastungen
- in Bewältigungsressourcen und Erholungsmöglichkeiten
- in der gesundheitlichen Versorgung
- im Gesundheits- und Krankheitshandeln

Gründe dafür bilden unter anderem schlechtere Wohnverhältnisse, stressende oder handwerklich sehr anstrengende und gesundheitsschädigende Berufe, enorme psychische Belastungen durch Beruf und finanzielle Sorgen (vgl. Die Armutskonferenz 2015:5). Die Ressource Geld wirkt sich deutlich auf die Gesundheitsbilanz aus. Die subjektiv eingeschätzte Gesundheit ist in den untersten Einkommensgruppen sehr niedrig; das Gesundheitsverhalten verschlechtert sich, je niedriger das Einkommen ist. Einkommensarmut führt zu verringerter Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungs- und Vorsorgeangebote (vgl. Hurrelmann 2010: 37-38).

In der Studie „Lücken und Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem aus Sicht von Armutsbetroffenen“ spiegelt sich die gesundheitliche Ungleichheit in konkreten Erfahrungen von Menschen wider. Das Gesundheitssystem wird als Zweiklassensystem erlebt. Die Menschen erwähnten Nicht-Leistbarkeit und dadurch erschwerten Zugang zu Gesundheitsleistungen. Viele haben deswegen Angst vor künftigen Erkrankungen, künftigen Medikamentenbedarf oder der Schließung von sozialen Einrichtungen. Ihnen

wird im Gesundheitssystem mit massiven Stigmatisierungen, Geringschätzung und mangelndem Respekt begegnet. Von Armut betroffene Menschen sind zusätzlich mit Unterschieden in der Gesundheitsversorgung zwischen Stadt und Land, Problemen beim Transport und mangelnden Informationen zu Gesundheitsleistungen konfrontiert. Unverständlichkeit von Diagnosen, lange Wartezeiten auf Therapien oder Behandlungen und Sprachprobleme bilden ebenso Probleme (vgl. Die Armutskonferenz 2015:15-16).

Die **zeitliche und räumliche Dimension von gesundheitlicher Ungleichheit** hat relevante Auswirkungen auf die Gesundheit. Mittels der sogenannten „**Lebenslaufperspektive**“ werden Zusammenhänge zwischen sozialem Status, Risikofaktoren und Erkrankungen von frühen Lebensjahren bis ins Erwachsenenalter untersucht (vgl. Richter / Hurrelmann 2009:23; Power / Kuh 2008:45-46; Dragano / Siegrist 2009:91). Die soziale Herkunft prägt die Gesundheitschancen in allen Lebensphasen eines Menschen. Sozial vermittelte Einflüsse im Lebenslauf bleiben nicht auf eine Generation beschränkt. So kann beispielsweise die soziale Benachteiligung der Großeltern Entwicklungsstörungen der Mutter im Kindesalter bewirken, welche dadurch weniger resistent gegenüber belastenden Faktoren in ihrer Schwangerschaft ist. Dadurch ergibt sich ein verlangsamtes Wachstum ihres ungeborenen Kindes, was wiederum negative Folgen für das Kind mit sich bringen kann. Eine benachteiligte Entwicklung ihres Kindes wird somit „sozial vererbt“ (Dragano / Siegrist 2009:191). Unterschiedliche Studien zeigen, dass **Einflüsse in den frühen Lebensjahren soziale Ungleichheit im Erwachsenenalter maßgeblich prägen** (vgl. ebd.:81). Investitionen in frühkindliche Entwicklung und Bildung werden hinsichtlich Gesundheitsförderung und der Entwicklung von Gesundheitskompetenz als höchst relevant beschrieben (vgl. Haas / Ziniel 2015:68). „Sie bieten die Chance, die Fortschreibung von gesundheitlichen Ungleichheiten von einer Generation auf die nächste zu stoppen und die großen Potenziale der frühen Kindheit für lebenslange Gesundheit zu nutzen.“ (ebd)

1.5.2 Soziale Determinanten und der Zusammenhang mit gesundheitlicher Ungleichheit

Der Gesundheitszustand ist von den Umständen abhängig, unter denen Menschen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und altern (vgl. Klemperer 2015:29). Teilweise ist es möglich, diese mitzugestalten und zu steuern, einigen Faktoren ist man aber unvermeidlich ausgesetzt. Diese bestimmenden Elemente, die unser Leben und ebenso unsere Gesundheit beeinflussen, werden in den Gesundheitswissenschaften als **soziale Determinanten** der Gesundheit bezeichnet.

Der Gesundheits- und Sozialwissenschaftler Peter Franzkowiak sieht die sozialen Determinanten als „alle gesellschaftlichen Einflüsse, die sich auf die Gesundheit von Einzelnen und Kollektiven in der Lebenszeit und im sozialen wie ökologischen Raum auswirken [...]“ (Franzkowiak et al. 2011:41). Der Mensch in seinem Umfeld und Teil der Gesellschaft steht im Mittelpunkt. Er ist mit unterschiedlichen **biologischen Anlagen** wie Alter, Geschlecht, Erbanlagen, ethnische Herkunft usw. ausgestattet. Die Person lebt in ihren **sozialräumlichen Gegebenheiten**. Diese entstehen aus der physischen Umwelt, den zu bewältigenden Arbeitsbedingungen, den sozialen und wirtschaftlichen Faktoren und den kulturellen und gesellschaftlichen Bedingungen. Zusätzlich prägen **individuelle Verhaltensweisen** den Lebensstil eines Menschen. Ernährung, Essverhalten, körperliche Aktivitäten, Risikoverhalten, Alkohol- oder Zigarettenkonsum zählen zu diesen Faktoren. Die Gesundheit wird auch vom **Sozial- und Gesundheitssystem** geprägt. Wesentliche Aspekte sind hier ein barrierefreier Zugang und die Möglichkeit einer barrierefreien Nutzung qualitativ hochwertiger und effektiver Sozial- und Gesundheitsversorgung.



Abbildung 5: Determinanten und Auswirkungen für Gesundheit, Quelle: eigene Darstellung

Soziale Determinanten der Gesundheit sind hauptsächlich für gesundheitliche Ungleichheiten verantwortlich. Der Gesundheits- und Sozialarbeitswissenschaftler Christoph Redelsteiner fasst die zentralen Determinanten für Gesundheit folgendermaßen zusammen:

„Zentrale Determinanten für Gesundheit bilden soziale Aspekte wie Bildung, Einkommen, Beruf, Zugang zu passenden (Hilfe-) Ressourcen und ein unterstützendes soziales Netzwerk, welche die Möglichkeit bieten, sein Leben in der Gesellschaft zu entfalten und damit integraler Teil einer Gemeinschaft zu sein – teil zu haben.“ (Redelsteiner 2017:12)

Alle genannten Faktoren können auch zur Förderung von Gesundheit beitragen.

Im geschichtlichen Rückblick stellte die bedeutendste Determinante sozialer Ungleichheiten seit jeher die „Geburt“ in eine Herkunftsfamilie dar und welchem „Stand“ man dadurch angehörte. Der Besitz oder das soziale Kapital dieser Familie boten ebenfalls Vor- oder Nachteile in den Lebensbedingungen. In modernen Gesellschaften gilt der Beruf als zentrale Ungleichheitsdeterminante. Allerdings stehen der erworbene Bildungsgrad, die zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen und das Sozialprestige meist in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Erwerbseinkommen (vgl. Hradil 2009:36-37). Nun gelten weitere Statusdeterminanten wie Geschlecht, Alter sowie der erreichte Bildungsgrad als zentrale Faktoren für Ungleichheiten, dennoch sind „[...] die überkommenen Determinanten Familienherkunft und Besitz [...] keineswegs bedeutungslos geworden“ (ebd.). So steht der Zugang zu Bildung und die daraus resultierenden Folgen auch in der modernen Gesellschaft unweigerlich in direkter Verbindung mit der Herkunftsfamilie. Sozioökonomische Unterschiede existieren über Ländergrenzen hinweg. Trotz ihres Wohlstandniveaus und den weit entwickelten sozialen Sicherungs- und Gesundheitssystemen westeuropäischer und skandinavischer Länder ist die frühzeitige Sterblichkeit für Personen mit einem niedrigen Bildungsstatus in den letzten fünfzehn Jahren in Europa unerwartet gestiegen. Es zeigt sich eine beunruhigende Entwicklung mit der Tendenz zur Verschlechterung (vgl. Richter / Hurrelmann 2009:17-18).

1.5.3 Wie „gerecht“ ist Gesundheit in Österreich verteilt?

Die Lebenserwartung bei der Geburt lag 2016 für einen österreichischen Mann bei ca. 79 Jahren und für eine österreichische Frau bei 84 Jahren (vgl. Statistik Austria 2018b).

Frauen können in unserem Land durchschnittlich 67 Lebensjahre in sehr guter oder guter Gesundheit erwarten und Männer 66 Lebensjahre. Dabei verbringen Frauen mehr Lebensjahre als Männer in Krankheit oder mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

In der österreichische Gesundheitsbefragung 2014 wurden Zusammenhänge zwischen dem individuellen Gesundheitszustand, dem Gesundheitsverhalten und zentralen Bedingungen der Lebenslage und des Sozialstatus untersucht (vgl. Statistik Austria 2014:3). Die Wechselwirkungen von Einkommen, Bildung, beruflicher Tätigkeit, Arbeitslosigkeit und Migration auf Gesundheit und die subjektiv empfundene Gesundheit galten als Indikatoren der Erhebung (vgl. ebd.:17).

Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten im Erwachsenenalter

36 Prozent der österreichischen Bevölkerung ab dem 15. Lebensjahr, etwa 2,6 Mio. Menschen, leiden an dauerhaften Krankheiten oder an einem chronischen Gesundheitsproblem. Psychisch bedingte Krankenstände betreffen etwa zwei Prozent aller Krankenstände. Sie stiegen im Vergleich zu 2005 und betreffen häufiger erwerbstätige Frauen als erwerbstätige Männer.

Die österreichische Bevölkerung beurteilt ihre Lebensqualität mit 75 von insgesamt 100 Punkten als durchschnittlich, und es ist seit 2006 / 2007 tendenziell zu Verschlechterungen im körperlichen und psychischen Wohlbefinden sowie zu einer deutlichen Abnahme im sozialen Wohlbefinden gekommen.

Frauen zwischen 15 und 29 sowie ab 60 Jahren beurteilen ihre Lebensqualität deutlich schlechter als gleichaltrige Männer. 52 Prozent der österreichischen Bevölkerung weisen eine eingeschränkte, problematische bis unzureichende Gesundheitskompetenz auf. Männer sind dabei häufiger betroffen als Frauen und die ältere Bevölkerung häufiger als die jüngere (vgl. BMGF 2016²:III).

Männer der höchsten Bildungsstufe lebten im Jahr 2014 ca. 75 Lebensjahre lang in sehr guter oder guter Gesundheit. Männer der niedrigsten Bildungsstufe (maximal Pflichtschulabschluss) konnten im Vergleich dazu mit ca. 60 Lebensjahren in guter Gesundheit um ca. fünfzehn Lebensjahre weniger erwarten. Akademikerinnen lebten ca. 73 Lebensjahre in guter Gesundheit, Frauen mit Pflichtschulabschluss ca. 60 Lebensjahre. Die Differenz bei Frauen war mit ca. dreizehn Lebensjahren etwas geringer

2 Der Gesundheitsbericht 2016 wurde unter dem damaligen zuständigen Bundesministerium für Gesundheit und Frauen-BMGF veröffentlicht. Aufgrund Zuständigkeitsänderungen laut der Bundesministerengesetz-Novelle 2017 gehen die im BMGF angesiedelten Bereiche mit 8.1.2018 „[...] in die Zuständigkeit des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz und in die Zuständigkeit des Bundeskanzleramtes über“ (Sozialministerium 2018).

als bei den männlichen Kohorten, dennoch ist diese laut Bericht immer noch „bemerkenswert groß“ (vgl. BMGF 2016:44).

Im Jahr 2016 waren rund **1,54 Mio. Menschen von Armut oder Ausgrenzung** (nach der Definition der „Europa 2020“-Strategie³) betroffen. Das entspricht rund 18 Prozent der Gesamtbevölkerung (vgl. Statistik Austria 2017a). Personen aus einkommensschwächeren Haushalten empfanden ihren Gesundheitszustand als weniger gut als Personen mit höheren Einkommen. Frauen und Männer der höchsten Einkommensstufe beurteilten ihren Gesundheitszustand dreimal häufiger mit sehr gut oder gut als ihre Kohorten der niedrigsten Einkommensschicht.

Die Männer und Frauen mit den niedrigsten Einkommen litten häufiger an chronischen Erkrankungen. Ebenso ist das Risiko und das Auftreten von Schmerzen, zu wenig Bewegung und die Verbreitung von Adipositas in prekären Einkommenslagen deutlich erhöht. Personen mit niedrigem Haushaltseinkommen berichteten häufiger, nur ein geringes Maß an sozialer Unterstützung zu erhalten. Auffällig ist auch, dass der individuelle Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Menschen mit der jeweils abgeschlossenen höchsten Schulbildung (Akademiker*innen) positiv korrelieren (vgl. ebd.). Die Krankheitshäufigkeit nimmt laut Gesundheitsbefragung 2014 mit zunehmendem Bildungsgrad von 53 Prozent bei Menschen mit maximal Pflichtschulabschluss auf 33 Prozent bei Personen mit Matura oder höherem Bildungsabschluss ab (vgl. BMFG 2016: 22).

Im Gesundheitsverhalten zeigte sich, dass Frauen und Männer mit höherer Bildung signifikant weniger rauchen und die Impfbereitschaft sowie die Bereitschaft zur regelmäßigen Durchführung eines Krebsabstriches bei Frauen und einer Darmspiegelung bei Männern steigen. Erwerbstätige Menschen mit manuellen Tätigkeiten berichteten seltener über einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand als jene mit nicht-manueller Tätigkeit. Erwerbstätige Männer mit einfachen manuellen Tätigkeiten leiden häufiger an chronischen Kreuz-, Kopf- und Nackenschmerzen, Arthrose sowie Bluthochdruck.

Ein besonders starker Einfluss auf den individuellen Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten der Menschen lässt sich bei Arbeitslosigkeit feststellen. Von

³ Mitteilung der Kommission Europa 2020. Eine Strategie für intelligentes, nachhaltiges und integratives Wachstum vom 3.3.2010.

Arbeitslosigkeit betroffene Frauen und Männer fühlten sich weniger gesund als Erwerbstätige und haben ein deutlich höheres Risiko, an chronischen Gesundheitsproblemen zu leiden als Personen in aufrechten Dienstverhältnissen. Ihr Risiko an Adipositas zu erkranken, ist ebenfalls signifikant erhöht.

Frauen und Männer aus dem ehemaligen Jugoslawien oder der Türkei beurteilten ihren allgemeinen Gesundheitszustand seltener als andere Bevölkerungsgruppen verschiedener Herkunftsländer als sehr gut oder gut. Dementsprechend berichten Frauen und Männer aus der Türkei oder dem ehemaligen Jugoslawien häufiger von Depressionen und chronischen Kreuz-, Kopf- und Nackenschmerzen, und sie zeigten ein riskanteres Gesundheitsverhalten als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.

Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten im Kinder- und Jugendalter

Im Zuge der österreichischen Gesundheitsbefragung 2014 wurden erstmals systemische Daten zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen erhoben. Ein Elternteil wurde repräsentativ über die allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Unruhe, Überaktivität, Übelkeit, Schlafschwierigkeiten, Kopf- und Bauchschmerzen der im Haushalt lebenden Kinder und Jugendlichen befragt.

Der Gesundheitszustand wurde dabei bei 97 Prozent der Mädchen und 96 Prozent der Buben als überwiegend sehr gut oder gut eingeschätzt. Die Einschätzung der Eltern erwies sich von ihrem Sozialstatus abhängig. Ein Migrationshintergrund hatte nur geringen Einfluss auf die Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustandes. Der Sozialstatus der Eltern wirkte sich hingegen auf die Häufigkeit von Unruhe und Überaktivität bei Burschen aus. Dabei zeigte sich, je niedriger der Sozialstatus war, desto häufiger traten diese Symptome auf.

Geringfügig mehr Mädchen waren laut ihren Eltern von Kopf- oder Bauchschmerzen sowie Übelkeit betroffen. Hier wurde kein Gefälle in Bezug auf den Sozialstatus ersichtlich, allerdings waren besonders Mädchen und Buben mit Migrationshintergrund aus den seit 2004 der EU beigetretenen Staaten sowie aus dem ehemaligen Jugoslawien oder der Türkei von diesen Symptomen betroffen (vgl. Statistik Austria 2014:17-24).

Zusammenfassung

Derzeit ist Gesundheit in Österreich nicht gerecht verteilt. Es zeigen sich markante Unterschiede im Bereich des Gesundheitszustandes und -empfindens der

Österreicher*innen. So leben Frauen und Männer mit der höchsten Bildung in Österreich ca. dreizehn bis fünfzehn Jahre länger in guter Gesundheit als jene mit Pflichtschulabschluss. Von Armut betroffene Menschen fühlen sich drei Mal häufiger krank als Menschen der höchsten Einkommensstufe. Adipositas und chronische Erkrankungen treten bei Menschen in prekären Lebenslagen häufiger auf, und sie fühlen sich in geringeren Maß sozial unterstützt. Der Gesundheitszustand der Kinder in Österreich wurde von ihren Eltern als sehr gut und gut bezeichnet. Dennoch wurden Unterschiede bei Eltern mit niedrigem sozialen Status deutlich.

Im Abschlussbericht der Studie „Lücken und Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem aus Sicht von Armutsbetroffenen“ liefern die Autor*innen konkrete Verbesserungsvorschläge für das Gesundheitssystem in Österreich. Diese wurden in einem partizipativen Workshop für von Armut betroffenen Menschen erarbeitet:

- Begleitdienste für Gutachtenseinholung, Gesundheitsdienste, für Ämter und Behörden
- persönliche Begleitung, Mentoring, Buddies für Freizeitaktivitäten etc.
- ein leichter Zugang zu Psychotherapie und psychosozialen Notdiensten
- ein erleichterter Zugang zu präventiven Gesundheitsmaßnahmen, Prävention und Rehabilitation
- unbürokratische finanzielle Unterstützung bei Behandlungen
- bessere räumliche Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen
- kein Zwang zu krankmachender Erwerbsarbeit
- Wiedereinführung des Pensionist*innenvorschusses
- mehr Respekt und Beachtung vorliegender Befunde in medizinischen Gutachten
- gleiche Behandlung und gleiche Therapien – egal, ob arm oder reich
- keine Kürzung für soziale Dienste oder Einrichtungen
- Rechtshilfe und Anwaltschaft
- Schließen der Lücken für Menschen ohne Krankenversicherung
- Verständlichkeit und Lesbarkeit von Formularen, Diagnosen und Therapien
- Dialogforen mit Ärzt*innen, Entscheidungsträger*innen und anderen Gesundheitsberufen (vgl. Die Armutskonferenz: 2015:33-34).

Von diesen Verbesserungsvorschlägen für das österreichische Gesundheitssystem, können nicht nur von Armut betroffene Menschen profitieren. Auch für ältere Menschen, Menschen mit Behinderung, Berufstätige, Familien, Alleinstehende usw. können sich daraus niederschwellige Zugänge zu adäquaten Gesundheitsleistungen ergeben.

1.5.4 Gesundheit als Entscheidung und Gesundheitskompetenz

Die vermehrte Abkehr von Traditionen und Natur in der Moderne bringt ein enormes Maß an Entscheidungsmöglichkeiten mit sich. Waren früher Alltagsentscheidungen häufig

von Traditionen geprägt, müssen diese heute von den Personen selbst überdacht und gewählt werden. Stärkt Entscheidungsmöglichkeit auf der einen Seite die Autonomie des Handelns, kann die fortwährende Reflexion unendlicher Wahlmöglichkeiten auch als Entscheidungslast wahrgenommen werden. Hinzu kommt, dass soziale Ungleichheiten Entscheidungsmöglichkeiten stark begrenzen. Der immer schneller werdende, sich wandelnde Gesundheitsbereich bedingt vermehrt ein reflektiertes Handeln auf Basis eines Orientiertseins, welche Möglichkeiten der eigenen Gesundheit nützlich sind. Gesundheitsinformationen brechen täglich in einer regelrechten Informationsflut via sämtlicher Medien auf die Menschen herein. So trifft man permanent in Internet, Fernsehen und Printmedien, Werbungen an Plakatwänden oder bei Produkten im Supermarkt auf Gesundheitsinformationen. Dadurch ist man in ständigem Kontakt mit dem Thema Gesundheit – egal, ob man gesund oder krank ist. Um reflektierte eigenständige Entscheidungen treffen zu können, braucht es Kompetenz und Gewandtheit im kritischen Umgang mit Gesundheitsinformationen (vgl. Kickbusch / Hartung 2014:91-95).

Die Ausbildung einer guten **Gesundheitskompetenz**, im Englischen als „**health literacy**“ bezeichnet, bildet die notwendige Ressource, um in der heutigen Gesundheitsgesellschaft zu bestehen (vgl. Kickbusch / Hartung 2014:95; Hurrelmann 2010:232-233). Unter Gesundheitskompetenz versteht man

„[...] die Fähigkeit des Einzelnen im täglichen Leben Entscheidungen zu treffen, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken – zu Hause, am Arbeitsplatz, im Gesundheitssystem und in der Gesellschaft ganz allgemein.“ (Kickbusch / Hartung 2014:95)

Darüber hinaus stärkt Gesundheitskompetenz eine Person in der Selbstbestimmung und in ihrer Gestaltungs- und Entscheidungsfreiheit zu Gesundheitsfragen. Gesundheitskompetenz umfasst die Gesamtheit aller kognitiven und sozialen Fähigkeiten, die es ermöglichen, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen und – daraus folgend – die Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen (vgl. ebd.; Hurrelmann 2010:232). Gesundheitskompetenz kann in die folgenden fünf Kompetenzbereiche unterteilt werden (vgl. Kickbusch / Hartung 2014:96-97):

■ **Persönliche Gesundheit im Alltag**

Dieser Kompetenzbereich umfasst Grundkenntnisse über Gesundheit, das Wissen und die Anwendung von gesundheitsförderlichem, gesundheitsbewahrendem und krankheitsverhinderndem Verhalten, die Selbstpflege, die Betreuung der Familien und des Umfeldes sowie Erste-Hilfe-Kenntnisse.

■ **Arbeitswelt**

Es gilt, eine angemessene Balance zwischen Berufswelt und Privatleben zu finden, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten zu vermeiden und für die Sicherheit am Arbeitsplatz und gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen einzutreten.

- **Systemorientierung**
beinhaltet die Fähigkeit und das notwendige Wissen, um sich im Gesundheitssystem zurechtzufinden und als kompetente*r Partner*in gegenüber Fachpersonal auftreten zu können.
- **Konsumverhalten**
Dieser Kompetenzbereich umfasst die Fähigkeit, Konsum- und Dienstleistungsentscheidungen unter Einbeziehung gesundheitlicher Aspekte zu treffen und gegebenenfalls Konsument*innenrechte einzuklagen und durchzusetzen.
- **Gesundheitspolitik**
beinhaltet die Kompetenz zu aktuell informiertem, gesundheitspolitischen Handeln im Alltag und das Eintreten für Gesundheitsrechte z.B. durch Stellungnahmen zu Gesundheitsfragen, das Mitwirken bei Befragungen zum Thema Gesundheit oder auch die Mitgliedschaft in Patient*innen- und Gesundheitsorganisationen

Die „Gesundheitskompetenz ist ein zentrales Element von Gesundheitspolitik, denn eine unzureichende Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung verursacht enorme zusätzliche Kosten“ (Kickbusch / Hartung 2014:97). Diese Ausgaben belasten nicht nur das Gesundheitssystem, sondern bedingen auch Mehrkosten für die*den Einzelne*n. Menschen mit unzureichender Gesundheitskompetenz haben beispielsweise Mühe, mündliche und schriftliche Empfehlungen und / oder Verordnungen vom Gesundheitspersonal zu verstehen. Oder sich qualitativ hochwertige Gesundheitsinformationen im Bereich der Krankenversorgung, der Krankheitsprävention oder der Gesundheitsförderung zu beschaffen, zu bewerten und anzuwenden. Besonders ältere Menschen, Menschen mit geringer Bildung, einem geringen sozioökonomischen Status oder auch Menschen mit einer schlechten Gesundheit haben ein höheres Risiko für eine geringe Gesundheitskompetenz (vgl. ebd.: 98-99).

Mit der europäischen Health-Literacy-Studie 2012 wurde in einem europäischen Ländervergleich 2011 im Zuge des „European Health Literacy Projects“ (vgl. HLS-EU 2012) erstmals die Gesundheitskompetenz der österreichischen Bevölkerung erhoben. Das Resultat zeigt, dass in Österreich in diesem Bereich starker Nachholbedarf besteht. Als Konsequenz erfolgte die Implementierung der österreichischen Plattform für Gesundheitskompetenz (vgl. Goeg 2016) und ebenso die Formulierung des „Dritten Gesundheitszieles zur Förderung der Gesundheitskompetenz“ (siehe Kapitel 4.4.1 und Kapitel 1.1).

1.6 Fazit

Patricia Renner und Magdalena Seidl

Die zunehmende Alterung sowie die Abwanderung der Bevölkerung im ländlichen Raum stellen die Gesundheitsversorgung vor große Herausforderungen. Diese werden durch die bevorstehende Pensionierungswelle der Landärzt*innen verstärkt.

Im Zuge des Forschungsprozesses zeigte sich, dass eine Möglichkeit, diesen aktuellen Entwicklungen zu begegnen, in der Hinwendung zum ganzheitlichen Gesundheitsbegriff liegt. Auf dessen Basis gilt es, den Menschen in seiner Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung zu unterstützen. Das seelische, körperliche und psychische Befinden kann durch ein positives Selbstwertgefühl und ein unterstützendes Netzwerk gefördert werden. Mit dem Salutogenese- und Resilienzmodell werden Möglichkeiten und gesundheitliche Bedeutung dieser Fähigkeiten aufgezeigt. Während das Salutogenesemodell seinen Schwerpunkt mit dem Kohärenzgefühl auf die inneren Prozesse im Sinne der Ressourcenaktivierung setzt, bildet das Resilienzmodell anschaulich das Zusammenwirken von sozialem Netz (äußerer Kontext) und verinnerlichten Bewältigungsmechanismen ab.

Damit verbunden gilt es, auf die vorhandene soziale Ungleichheit und ungleiche Ressourcenverteilung zu reagieren. Diese zeigt sich besonders deutlich in den Auswirkungen von Armut auf die Gesundheit. Als Antwort darauf hat sich im Forschungsprozess der Bereich der Gesundheitskompetenz herauskristallisiert. Besonders auf diesem Gebiet benötigt es Fachkräfte, die Menschen unterstützen, ihre Kompetenzen zu erweitern.

„Was Soziale Arbeit von anderen Professionen unterscheidet, ist nämlich ihr dreifacher Fokus auf die biologischen, psychischen und sozialen Systeme und Bedürfnisse von Menschen, ihr spezialisierter Generalismus.“ (Haye / Kleve 2003:117)

Die Soziale Arbeit hat hierbei die Möglichkeit, niederschwellig in den primären, sekundären und tertiären Netzwerkebenen zu wirken. Wesentliche Erkenntnisse und Bedürfnisse der Praxis gilt es, auf politischer Ebene zu kommunizieren und zu vertreten.

Literatur

Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese: Zur Endmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt.

Auer-Voigtländer, Katharina / Schmid, Tom (2017): Strukturgeleitete Textanalyse zur systematischen Arbeit mit umfangreichen qualitativen Datenmaterial. Ein Beitrag zur qualitativen Auswertung vorstrukturierten Datenmaterials. In: *soziales_kapital. wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschul-studiengänge soziale arbeit*, 18/2017, 130–143. <http://soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/view/527/946> [04.02.2018].

Badura, Bernhard / Hehlmann, Thomas (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation. 1.Auflage, Berlin / Heidelberg: Springer-Verlag.

Badura, Bernhard (2011): Kooperation und Gesundheit – Zur Rolle der Soziologie in den Gesundheitswissenschaften. In: Schott, Thomas / Hornberg, Claudia (Hg.): *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft*. 1. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 23–38.

Bengel, Jürgen / Strittmatter, Regine / Willmann, Hildegard (2001): Was erhält den Menschen gesund? – Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. In: *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*. Band 6, Köln: BzGA.

BMGF – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (Hg.) (2016): *Österreichischer Gesundheitsbericht 2016*. Berichtszeitraum 2005–2014/15. Wien: BMFG.

Bruns, Wiebke (2013): *Gesundheitsförderung durch soziale Netzwerke. Möglichkeiten und Restriktionen*. Wiesbaden: Springer VS.

Bonita, Ruth / Beaglehole, Robert / Kjellström Tord (2008): *Einführung in die Epidemiologie*. Bern: Verlag Hans Huber.

Bourdieu, Pierre (1983): *Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital*. In: Kreckel, Reinhard (Hg.): *Soziale Ungleichheiten*. Göttingen: Schwartz, 183–198.

Degenkolb-Weyers, Sabine (2016): *Resilienz in therapeutischen Gesundheitsfachberufen. Entwicklung eines Konzeptes zur Resilienzförderung*. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Die Armutskonferenz (2015): *Lücken und Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem aus Sicht von armutsbetroffenen. Eine partizipative Erhebung*. http://www.armutskonferenz.at/files/armkon_barrieren_luecken_gesundheitssystem-2015.pdf [23.02.2018].

Dragano, Nico / Siegrist, Johannes (2009): Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In: Richter, Matthias / Hurrelmann, Klaus (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., aktualisierte Ausgabe, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 181–194.

Franzkowiak, Peter / Homfeld, Hans Günther / Mühlum, Albert (2011): Lehrbuch Gesundheit. Weinheim / Basel: Beltz Juventa.

Fröhlich-Gildhoff, Klaus / Rönna-Böse, Maike (2015): Resilienz. 4., aktualisierte Auflage. München / Basel: Ernst Reinhardt.

Goeg – Gesundheit Österreich GmbH (2016): Health Literacy Survey. https://goeg.at/Health_Literacy_2016 [20.02.2018].

Grabert, Andrea (2007): Salutogenese und Bewältigung psychischer Erkrankung. Einsatz des Kohärenzgefühls in der Sozialen Arbeit. Lage: Jacobs-Verlag.

Grabert, Andrea (o.A.): Kohärenzgefühl als Bestandteil der Salutogenese und Gegenstand empirischer Sozialforschung. <http://docplayer.org/220500-Kohaerenzgefuehl-als-bestandteil-der-salutogenese-und-gegenstand-empirischer-sozialforschung-andrea-grabert.html> [22.11.2017].

Haas, Sabine / Ziniel, Georg (2015): Gesundheitliche Chancengerechtigkeit. In: Bauer, Robert / Wiesenauer, Andrea (Hg.): Zukunftsmotor Gesundheit. Entwürfe für das Gesundheitssystem von Morgen. 1. Auflage, Wiesbaden: Verlag Springer Gabler, 155–171.

Hartung, Susanne (2011): Was hält uns gesund? Gesundheitsressourcen: Von der Salutogenese zum Sozialkapital. In: Schott, Thomas / Hornberger, Claudia (Hg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 233–255.

Haye, Britta / Kleve, Heiko (2003): Systemische Schritte helfender Kommunikation. Sechs-Phasen-Modell für die Falleinschätzung und die Hilfeplanung. In: Kleve, Heiko / Haye, Britta / Hampe-Grosser, Andreas / Müller, Matthias (Hg.): Systemisches Case Management. Falleinschätzungen in Hilfeplanung in der sozialen Arbeit mit Einzelnen und Familien – methodische Anregungen. 1. Auflage, Aachen: Dr. Heinz Kersting Verlag, 111–135.

HLS-EU – Health Literacy Europe (2012): The European Health Literacy Project (HLS-EU). <https://www.healthliteracyeurope.net/hls-eu> [20.02.2018].

Hradil, Stefan (2009): Was prägt das Krankheitsrisiko: Schicht, Lage, Lebensstil? In: Richter, Matthias / Hurrelmann, Klaus (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. 2., aktualisierte Ausgabe, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 35–54.

Hurrelmann, Klaus (2010): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 7. Auflage, Weinheim und München: Juventa Verlag, 232–246.

Janßen, Christian (2011): Warum müssen arme Menschen früher sterben? Ein medizinsoziologischer Überblick über den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit. In: Bayrische Sozialnachrichten. Ausgabe 1/11, 3–9.

Kickbusch, Ilona / Hartung, Susanne (2014): Die Gesundheitsgesellschaft. Konzepte für eine gesundheitsförderliche Politik. 2., vollständig überarbeitete Auflage, Bern: Verlag Hans Huber.

Klemperer, David (2010): Sozialmedizin – Public Health. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. Bern: Verlag Hans Huber.

Klemperer, David (2015): Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. 3. überarbeitete Auflage, Bern: Hogrefe.

Krause, Christina / Lorenz, Rüdiger-Felix (2009): Was Kindern Halt gibt. Salutogenese in der Erziehung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Kristenson Margareta (2008): Sozioökonomische Lage und Gesundheit – die Rolle des Bewältigungsverhaltens. In: Siegrist, Johannes / Marmot, Michael (Hg.): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. 1. Auflage, Bern: Verlag Hans Huber, 163–166.

Köppl, Monika (2007): Salutogenese und Soziale Arbeit. Lage: Hans Jacobs.

Kuhn, Eva (2014): Luxusgut Gesundheitsversorgung? Ärztliche Dienstleistungen bei Bevölkerungsrückgang im ländlichen Raum. In: Zeitschrift für Gesundheitspolitik. Schwerpunktthema: Aktuelle Herausforderungen der Landmedizin. Linzer Institut für Gesundheitsforschung, 01/2014, 9–32. http://www.lig-gesundheit.at/documents/3466927/3487422/ZGP+01_2014+Aktuelle+Herausforderungen+der+Landmedizin.pdf/509bf395-b3d2-4feb-a714-2bac5fc67e80?t=1405413779000 [18.03.2018].

Mann-Luoma, Reinhard / Goldapp, Cornelia / Khaschei, Martin/ Lamersm, Lydia / Milinski, Barbara (2002): Integrierte Ansätze zu Ernährung, Bewegung und Stressbewältigung. Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (Hg.): Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 45, 952–959.

Marti, Thomas (2006): Wie kann Schule die Gesundheit fördern? Erziehungskunst und Salutogenese. Stuttgart: Freies Geistleben.

ÖROK – Österreichische Raumordnungskonferenz (2014): ÖROK-Regionalprognosen 2014 – Bevölkerung: Kurzfassung. Wien: ÖROK, 3–9. http://www.oerok.gv.at/fileadmin/Bilder/2.Reiter-Raum_u_Region/2.Daten_und_Grundlagen/Bevoelkerungsprognosen/Prognose_2014/ÖROK-Bevölkerungsprognose_Kurzfassung_final.pdf [09.02.2018].

Österreichische Gesellschaft Public Health (2018): Public Health in Österreich. Was ist Public Health. <https://oeph.at/node/2> [10.02.2018].

Pelikan, Jürgen M. (2015): Gesundheitskompetenz – ein vielversprechender Driver für die Gestaltung der Zukunft des österreichischen Gesundheitssystems. In: Bauer, Robert / Wiesenauer, Andrea (Hg.): Zukunftsmotor Gesundheit. Entwürfe für das Gesundheitssystem von Morgen. 1. Auflage, Wiesbaden: Verlag Springer Gabler, 173–193.

Pfaff, Holger / Ernstmann, Nicole / Driller, Elke / Jung, Julia / Karbach, Ute / Kowalski, Christoph / Nitzsche, Anika / Ommen, Oliver (2011): Elemente einer Theorie der sozialen Gesundheit. In: Schott, Thomas / Hornberger, Claudia (Hg.): Die Gesellschaft und ihre Gesundheit. 20 Jahre Public Health in Deutschland: Bilanz und Ausblick einer Wissenschaft. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 37–68.

Power, Chris / Kuh, Diana (2008): Die Entwicklung gesundheitlicher Ungleichheiten im Lebenslauf. In: Siegrist, Johannes / Marmot, Michael (Hg.) (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. 1. Auflage, Bern: Verlag Hans Huber, 45–76.

Psyhyrembel (2018a): Krankheit (Pathologie, allgemeine Grundlagen). <https://www.psyhyrembel.de/krankheit/K0C8G/doc/> [10.02.2018].

Psyhyrembel (2018b): Pathogenese. <https://www.psyhyrembel.de/Pathogenese/K0GFJ/doc/> [10.02.2018].

Psyhyrembel (2018c): Biomedizinisches Modell. <https://www.psyhyrembel.de/biomedizinisches%20Modell/P0399/doc/> [26.03.2018].

Psyhyrembel (2018d): Sozialisation. <https://www.psyhyrembel.de/primäre%20sozialisation/K0L6Q/doc/> [26.03.2018].

Redelsteiner, Christoph (2016): Aktuelle und künftige Anforderungen an das Gatekeeping im präklinischen Bereich. Unter besonderer Berücksichtigung und der soziodemografischen Entwicklung am Beispiel zweier Grenzregionen im Burgenland. 1. Auflage, Edewecht: Stumpf und Kossendey Verlag.

Redelsteiner, Christoph (2017): Gesundheitsberuf SozialarbeiterIn. In: SiÖ Sozialarbeit in Österreich. Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik, 3/17, 10–18.

Richter, Matthias / Hurrelmann, Klaus (2009): Gesundheitliche Ungleichheit Ausgangsfragen und Herausforderungen. In: Richter, Matthias / Hurrelmann, Klaus (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, 2., aktualisierte Ausgabe, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 13–33.

Rosenbrock, Rolf / Kümpers, Susanne (2009): Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In Richter, Matthias / Hurrelmann, Klaus (Hg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, 2., aktualisierte Ausgabe, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 386–403.

Schipfer, Rudolf Karl (2005): Der Wandel der Bevölkerungsstruktur in Österreich. Auswirkungen auf Regionen und Kommunen. Wien: Österreichisches Institut für Familienforschung Nr.51/2005.

Schmidthermes, Sabine (2009): Resilienzforschung und deren pädagogische Implikationen: eine Metaanalyse. Berlin: Rhombos.

Siegrist, Johannes / Marmot, Michael (2008): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: die Tatsachen. In: Siegrist, Johannes / Marmot, Michael (Hg.): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. 1.Auflage, Bern: Verlag Hans Huber, 15–44.

Siegrist Ulrich/ Luitjens Martin (2013): Resilienzmodell. <http://www.martin-luitjens.de/images/pdf/Resilienzmodell-2013.pdf> [16.04.18].

Sotzko, Volker (2013): Resilienz-Coaching oder von der Kunst die zweite Geige zu spielen. Eine qualitative Untersuchung zur Beratung von Führungskräften in Krisensituationen. Heidelberg: Carl Auer Verlag.

Sozialministerium (2018): Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. Bundeskanzleamt Österreich. Frauenangelegenheiten und Gleichstellung. Zuständigkeitsänderungen laut Bundesministeriengesetzes-Novelle 2017. <https://www.bmgf.gv.at> [21.02.2018].

Statistik Austria (2014): EU-SILC 2013: Schlechte Lebensbedingungen von Mehrfach-Ausgrenzungsgefährdeten. Wien: Bundesanstalt Statistik Austria. http://www.statistik.at/web_de/presse/079202.html [13.03.2018].

Statistik Austria (2016): Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten des Austrian Health Interview Survey (ATHIS 2914) zu Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen: Wien: Bundesanstalt Statistik Austria.

Statistik Austria (2017a): Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung. https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/soziales/gender-statistik/armuts-gefaehrdung/index.html [23.02.2018].

Statistik Austria (2017b): Bevölkerungsprognose. Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2016–2100 laut Hauptszenario. https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_prognosen/bevoelkerungsprognosen/index.html [09.02.2018].

Statistik Austria (2017c): Bevölkerungsveränderung nach Komponenten. https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/bevoelkerungsstand_und_veraenderung/bevoelkerungsveraeenderung_nach_komponenten/index.html [09.02.2018].

Statistik Austria (2018a): Bevölkerung. Bevölkerungsstand und -struktur, https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/index.html [09.02.2018].

Statistik Austria (2018b): Demographische Indikatoren. Sterblichkeit und Lebenserwartung. https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/demographische_indikatoren/index.html [23.02.2018].

Welter-Enderlin / Hildenbrand (2010): Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände. 3. Auflage, Heidelberg: Carl Auer.

WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986 [WHO-autorisierte Übersetzung: Hildebrandt/Kickbusch auf der Basis von Entwürfen aus der DDR und von Badura sowie Milz.]. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [07.11.2017].

Wustmann, Corina (2005): Die Blickrichtung der neueren Resilienzforschung. Wie Kinder Lebensbelastungen bewältigen. In: Zeitschrift für Pädagogik. Ausgabe 51, 192–206.

2 Soziale Arbeit

Sarah Maria Laminger

Im Zuge dieses Kapitels wird ein Einblick in die Soziale Arbeit geboten. Ziel ist es, Soziale Arbeit greifbarer und verständlicher zu machen. Des Weiteren soll dargelegt werden, warum Soziale Arbeit für ein Gemeinwesen mit integrierter Primärversorgung essentiell ist. Zentral ist dabei das Handlungskonzept der Gemeinwesenarbeit, auf das im Anschluss an den allgemeinen Teil vertiefend eingegangen wird.

Um einen guten Überblick zu bekommen, wird mit einem historischen Einblick in den Ursprung der Sozialen Arbeit begonnen. Für die Erklärung, was Soziale Arbeit ist, ist es von wesentlicher Bedeutung, auf ihre Wurzeln zurückzuverweisen und diese zu umreißen. Die Geschichte verhilft dazu, Soziale Arbeit wie wir sie heute kennen, besser zu verstehen und greifbarer zu machen.

Der Ursprung der Sozialen Arbeit wurde von vielen Ereignissen in der Geschichte beeinflusst. Kriege, technologischer Fortschritt, Krankheiten, Hungersnöte und vor allem soziale Bewegungen sind für die moderne Soziale Arbeit des 21. Jahrhunderts ausschlaggebend. Neben sozialen Bewegungen sind eine Vielzahl an vergleichenden politischen Wendungen und gesellschaftlichen Umbrüchen zu nennen – wie etwa der Aus- und Aufbau des Wohlfahrtsstaates (vgl. Engelke et al. 2014; Wendt 2017a; Wendt 2017b; Deller / Brake 2014:86-87) –, die zur Entstehung der modernen Sozialen Arbeit beigetragen haben. Im weiteren Verlauf dieses Kapitels werden einige Vertreter*innen, die die Entwicklung der Sozialen Arbeit beeinflusst haben, kurz porträtiert, die Ansätze und Methoden der Sozialen Arbeit kurz umrissen.

Des Weiteren wird der Begriff Soziale Arbeit im Rahmen dieses Handbuches definiert. Auch die Anforderungen, die Soziale Arbeit erfüllen muss, werden behandelt.

2.1 Begriffsdefinition

Was versteckt sich hinter dem Begriff **Soziale Arbeit**? Aus der Literatur geht hervor, dass der Terminus Soziale Arbeit einen Versuch bildet, die Sozialarbeit und die Sozialpädagogik unter einem Begriff zusammenzufassen. Beide haben gemeinsame

historische Wurzeln, die sich im Laufe der Geschichte separat zu eigenständigen Professionen entwickelt haben, aber im 20. Jahrhundert wieder näher zusammengerückt sind (vgl. Röh 2013:13-17; Sting 2015:194-195; Schilling / Klus 2015:238-241; Deller / Brake 2014:13-15; Erler 2012:11-16; Thole 2012:19-20).

■ Sozialarbeit oder Sozialpädagogik?

Wie oben erwähnt, haben Sozialarbeit und Sozialpädagogik zum Teil einen gemeinsam historischen Ursprung und zwar in der Armenfürsorge im Mittelalter. Sie entwickelten sich aber im Laufe der Zeit auseinander und zu jeweils eigenständigen Professionen. Der Vorläufer der Sozialpädagogik war die Anstaltserziehung und Fürsorge von Kindern und Jugendlichen. Jener der Sozialarbeit war die Armenfürsorge, welche sich vor allem auf die Erwachsenenfürsorge bezog. Die Sozialpädagogik konzentrierte sich auf die Erziehung „und zielte auf die (sozial-)pädagogische Hilfe von Kindern und Jugendlichen in individuellen und sozialen Notlagen und sollte gleichermaßen möglicher Verwahrlosung vorbeugen“ (Schilling / Klus 2015:94). Sozialarbeit und Sozialpädagogik unterscheiden sich nach Johannes Schilling, ehemaliger Professor an der Hochschule Düsseldorf, und Sebastian Klus, Professor für Soziale Arbeit und Politik, zudem in ihrer politischen Herkunft, die bei der Sozialarbeit die Sozialpolitik, und bei der Sozialpädagogik die Bildungspolitik ist (vgl. ebd.:96). Im Laufe des 20. Jahrhunderts rückten die beiden Professionen wieder näher zusammen und es kam zu dem Begriff Soziale Arbeit, der als Konvergenz der Sozialarbeit und der Sozialpädagogik gesehen wird (vgl. Röh 2013:16; Lambers 2016:196-197; Deller / Brake 2014:16; Böhnisch / Schröer 2013:10; Thole 2012:20; Scheu / Aufrata 2013:75; Birgmeier 2012:44-46).

Aber was ist eigentlich Soziale Arbeit? Soziale Arbeit, wie wir sie heute in Österreich kennen, hat als zentrale Aufgabe, Personen, die sich in Situationen befinden, aus denen sie sich selbst nicht befreien können bzw. die nicht weiterwissen, zu unterstützen. Ein Ziel ist es, die Lebensumstände bzw. -verhältnisse eines*iner Einzelne*n oder einer Gruppe innerhalb einer Gemeinschaft / Gesellschaft zu verbessern (vgl. Wendt 2017a:3). Die Person, die Gruppe oder Gemeinschaft ist von einem **sozialen Problem** betroffen, welches die Soziale Arbeit versucht auszugleichen und Missstände aufzuheben. Unter einem sozialen Problem, werden

„[...] spezifische Problem- und Mangellagen von Personen, die weder durch die vorherrschende Art und Weise des Güter-, Arbeits- und Dienstleistungsmarktes ausgeglichen werden, noch von familiären oder ähnlichen privaten Formen“ (Erler 2012:14), verstanden.

Solange ein soziales Problem nicht öffentlich gemacht wird, ist es demnach kein soziales Problem. Trotzdem existiert das Problem. Im Laufe der Zeit wurde der Begriff „soziales Problem“ in die Alltagssprache übernommen und findet immer wieder unterschiedliche Anwendungen auf verschiedenen Ebenen. Zum Beispiel bieten soziale Probleme die Grundlage für Soziale Bewegungen, die die Missstände von Personen, Gruppen oder Gemeinschaften sichtbar machen (vgl. Groenemeyer 2015:1499-1450).

Silvia Staub-Bernasconi (2007), Sozialarbeiterin und Sozialarbeitswissenschaftlerin, geht unter anderem auf die individuelle Ebene sozialer Probleme ein und schreibt:

„Das Individuum ist vorübergehend oder dauernd unfähig, seine Bedürfnisse und Wünsche aufgrund seiner unbefriedigenden Einbindung in die sozialen Systeme seiner Umwelt [...] zu befriedigen.“ (Staub-Bernasconi 2007:182)

Nachfolgend wird der Begriff „soziales Problem“ aus einer Kombination von öffentlichen und individuellen Asymmetrien definiert. Als soziales Problem wird die Situation von Personen, Gruppen oder Gemeinschaften verstanden, wenn diese von (Teil-)Exklusion in gesellschaftlichen, politischen, wirtschaftlichen, rechtlichen oder sozialen Bereichen betroffen sind und dadurch gehindert werden, ihre Ziele zu verfolgen bzw. ihre Zielvorgaben zu erfüllen. Personen oder Gruppen werden in ihrer Lebensführung negativ beeinflusst und können die Diskrepanz zwischen dem Soll- und dem Ist-Zustand nicht reduzieren (Groenemeyer 2015:1499).

Es setzt professionelles Handeln voraus, um „Menschen, die in ihrer Lebensführung durch soziale Probleme beeinträchtigt sind“ (Röh 2013:19), situationsbezogen richtig zu beraten und zu unterstützen. Dieses professionelle Handeln bedarf einer fundierten Ausbildung und einer Handlungswissenschaft, die auf Praxiserfahrungen zurückgreifen kann (vgl. ebd.:19). „Als Oberbegriff vereint er [Soziale Arbeit, d. Verf.] alle bestehenden geschichtlichen Traditionen und Wurzeln und umfasst dabei insbesondere die Sozialarbeit als auch die Sozialpädagogik.“ (Amthor 2012:31)

Soziale Arbeit umfasst die Praxis und die Wissenschaft von Sozialarbeit und Sozialpädagogik, die sich in unterschiedlichen Handlungsfeldern (siehe Kapitel 2.7) wiederfinden (vgl. Amthor 2012:30-31). Im weiteren Verlauf wird ein Unterschied in der Bedeutung von Sozialer Arbeit und Sozialarbeiter*innen gemacht. Sozialarbeiter*innen sind jene Personen, die Soziale Arbeit in der Praxis ausführen. Zusammenfassend lässt sich diesbezüglich sagen, dass Soziale Arbeit der beschreibende und Sozialarbeiter*innen der ausführende Begriff ist.

2.2 Ursprung

„Die historische Vergewisserung wird gebraucht, um zu identifizieren, was diese Betätigung ausmacht und umfasst, woher sie kommt und wohin es mit ihr weitergehen kann. In der Geschichte ist in zivilen und politischen Prozessen, in sozialen Bewegungen, in Theorie und Praxis dasjenige professionelle und fachlich differenziert Handeln geformt worden, für das heute und morgen ausgebildet wird.“ (Wendt 2017a:V)

Jeder Mensch hat in seinem Leben die Hilfe und Unterstützung eines anderen Menschen angenommen, sei es von Personen aus dem Familienbund, dem näheren sozialen Umfeld oder von einer*inem Professionist*in. So hat mit großer Wahrscheinlichkeit auch jede*r einem anderen Menschen Unterstützung angeboten oder mit einem guten Rat zur Seite gestanden. Nach Ernst Engelke, Stefan Borrmann und Christian Spatschek (2016) gehört diese gegenseitige Hilfe zum Werdegang der Menschen. Das Anleiten, Begleiten, Unterstützen und Helfen sind Eigenschaften des Menschen, die weit in die Geschichte zurückdatiert werden können. Als zeitlicher Rahmen wird von den Autoren die Antike genannt (vgl. Engelke et al. 2016:31). „Insbesondere durch gegenseitiges Helfen und Erziehen wurde und wird menschliches Zusammenleben erst möglich und aktiv gestaltet.“ (ebd.) In Bezug auf dieses Zitat ist die Soziale Arbeit keine „neue“ Erfindung des 20. Jahrhunderts, sondern beruht auf einem langen historischen Prozess mit markanten Meilensteinen. Es sei angemerkt, dass sich in der Literatur nicht immer Einigkeit über den Anfang der Profession Soziale Arbeit finden lässt. Je nach Autor*innen und deren Zugänge wird der Beginn der Profession unterschiedlich datiert (ebd.:53).

Der Ursprung der Sozialen Arbeit ist, wie der Mensch und die Gesellschaft in der er lebt, komplex. „Soziale Arbeit hat sich wie andere Professionen auch in einem mehrere Jahrhunderte dauernden Prozess zu ihrer heutigen Gestalt entwickelt.“ (ebd.:54) Dies gibt Anlass dazu, den Beginn der Soziales Arbeit nicht mit dem 20. Jahrhundert in Verbindung zu setzen, sondern bis ins Mittelalter zurückzugehen und wichtige Meilensteine durch Vertreter*innen kurz darzustellen. Die Geschichte ist voller Meilensteine, die Auswirkungen auf das Zusammenleben von Menschen in einer Gemeinschaft haben sowie auf die Gesellschaft, auf die Politik, auf die gelebte Kultur, auf die Sichtweisen usw. Die Summe aller Ereignisse wiederzugeben, ist in diesem Rahmen nicht möglich und auch nicht Sinn der Sache. Vielmehr soll aufgezeigt werden, wie Soziale Arbeit sich historisch ableiten lässt und wie sie zu dem geworden ist, was sie heute ist. Hierfür werden eine Handvoll Vertreter*innen aus der Literatur, entlang der chronologischen Entwicklungslinie, mit ihren Theorien vorgestellt, die Einfluss auf die

Entwicklung der Sozialen Arbeit ausübten. Hierbei wird vor allem auf die Entwicklungslinie der Armenfürsorge ein Augenmerk gelegt.

Ein Ausgangspunkt der Sozialen Arbeit und ihrer Tätigkeiten lässt sich im **hohen Mittelalter** (ca. 1050-1250) mit der Institutionalisierung der Armenfürsorge finden, welche zu damaliger Zeit vorrangig von Frauen und der Kirche bzw. religiösen Orden ausgeführt wurde (vgl. Scheu / Aufrata 2011:16). Als wichtiger Vertreter ist hier **Thomas von Aquin** (1225-1274), Philosoph und Theologe, zu nennen. Er hat die Armenfürsorge und die Gesellschaft zu jener Zeit maßgebend beeinflusst, als er die Barmherzigkeit zur höchsten Tugend erklärte. Die „Werke der Barmherzigkeit“ die anfangs aus sechs Werken bestehen und später von der Kirche um ein siebtes erweitert wurden, erlaubten es den Wohlhabenderen, sich von ihren Sünden freizukaufen (vgl. Amthor 2012:53-54). „Geld in Form von Almosen sowie tätige Nächstenliebe waren die zentralen Mittel des Bedarfsausgleichs. Die Erbringung dieser Form wurde mit der Erlangung des Seelenheils als moralische Bindung gesichert.“ (Lambers 2016:8) Die Werke der Barmherzigkeit beziehen sich auf sieben körperliche Defekte des Menschen, die vom Matthäus-Evangelium hergeleitet wurden. Entsprechend diesen wurden die sieben leiblichen und die sieben geistlichen Werke formuliert (vgl. Engelke et al. 2014:50; Lambers 2016:8). Die leiblichen sieben Werke der Barmherzigkeit sind: „Hungrige speisen, Durstigen zu trinken geben, Nackte bekleiden, Fremde ins Haus aufnehmen, Kranke besuchen und pflegen, Gefangene trösten und die Toten bestatten.“ (Engelke et al. 2014:50) Durch die Taten, die der Lehre der Werke der Barmherzigkeit entsprachen, konnten beide Seiten der Gesellschaft, arm und reich, etwas gewinnen. Die Reichen konnten sich von ihren Sünden freikaufen und sich den Himmel sichern, die Armen erhielten materielle Unterstützung (vgl. Schilling / Klus 2015:22; Engelke et al. 2014:49). „Almosen für die Armen stellte demnach eine gesellschaftliche akzeptierte Form gesellschaftlicher Wirklichkeit dar.“ (Deller / Brake 2014:79)

In der Wende vom Spätmittelalter zur **Neuzeit**, gegen Ende des 15. Jahrhunderts, hat sich die Armenfürsorge dahingehend entwickelt, dass immer mehr darauf beharrt wurde, die Armen zur Arbeit zu verpflichten. Das Betteln wurde teilweise abgeschafft bzw. geriet an den Rand der Gesellschaft, ebenso jene Personen, die vom Betteln lebten (vgl. Deller / Brake 2014:24). Der Gedanke von Thomas von Aquin, sich mit Almosen und Nächstenliebe von seinen Sünden zu reinigen, verlor sich und wurde durch die Anforderung an Arme ausgetauscht, sich durch Arbeit selbst zu helfen (vgl. Engelke et al. 2014:63). Ein wichtiger Vertreter dieser Zeit des Umbruchs um 1500 war **Juan Luis**

Vives (1492-1540), ein spanischer Philosoph und ein Wegbereiter der modernen Psychologie und Pädagogik (vgl. Lambers 2016:8).

Vives' Theoriekonzept baut auf die weiterhin bestehende Pflicht des Helfens der wohlhabenden Menschen gegenüber den Bedürftigen und Armen. Jedoch ist der Unterschied jener, dass die bedürftige Person bereit sein muss, zu arbeiten und sich selbstständig in eine bessere Lebenslage zu bringen. „Das Motiv des Helfens wurde an Arbeit gebunden, durch die Angebotspflicht des Wohlhabenden [sic] auf der einen und durch die Annahmepflicht des Armen auf der anderen Seite.“ (Lambers 2016:9) Ziel war es, „[...] die Armen langfristig mit Arbeit zu versorgen, um so die Armut dauernd zu beseitigen“ (Engelke et al. 2014:63). Seine Ansätze zur Armenfürsorge fanden ihren Einzug in die Wohlfahrtspflege und sind bis heute inhaltlich aktuell.

Die gesellschaftlichen Umbrüche, die die **Industrialisierung** (18. bis 20. Jahrhundert) mit sich brachte, veränderte auch die Armenfürsorge. Die Zeit der Industrialisierung wird in der Literatur häufig als der Ursprung der modernen Sozialen Arbeit angesehen (vgl. Thole 2012:23). Sie wird nach Mechthild Seithe (2012:39), Professorin für Sozialpädagogik an der FH Jena, als „eine notwendige Begleiterscheinung des Kapitalismus“ betrachtet. Im Zuge der Industrialisierung wurden Produktionsprozesse automatisiert bzw. standardisiert. Der vermehrte Einsatz von Maschinen in Fabriken führte zu einer höheren Arbeitslosigkeit in der Bevölkerung. Die Industrialisierung ist nach Ulrich Deller und Roland Brake (2014), beide Professoren an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen, nicht allein ausschlaggebend für die steigende Arbeitslosigkeit in der Bevölkerung. Sie nennen als einen weiteren Grund dafür den medizinischen Fortschritt im 19. Jahrhundert, der vor dem Höhepunkt der Industrialisierung bereits seine Wirkung zeigte. Mithilfe der neuen medizinischen Erkenntnisse stieg die Lebenserwartung der Bevölkerung, was sich auf das Wachstum der Bevölkerung auswirkte, die ungleich zur Wirtschaftsleistung stieg (vgl. Deller / Brake 2014:85-86). Es sei an dieser Stelle noch angemerkt, dass Soziale Bewegungen wesentlich zur Entstehung der Sozialen Arbeit beigetragen haben (vgl. Böhnisch 2016:191).

Die **Settlement-Bewegung bzw. Stadtteilarbeit** ist eine Bewegung des späten 19. Jahrhunderts, die ihren Ursprung in London hat. Sie ist ein wichtiger Meilenstein in der Entwicklung der Sozialen Arbeit, wie wir sie heute kennen und Basis für die Gemeinwesenarbeit, auf die in Kapitel 3 näher eingegangen wird. Die Idee hinter der Settlement-Bewegung beruht auf den Gedanken von Samuel Barnett, einem Pfarrer, der eine Verbindung zwischen Arm und Reich bzw. Akademiker*innen und Arbeiter*innen

schaffen wollte. „Toynbee Hall“ war das erste Settlement-House (vgl. Eberhard 2009:63).

Alice Salomon (1872–1948) wurde 1872 in Berlin geboren und entstammte einem großbürgerlichen Elternhaus mit jüdischen Wurzeln (vgl. Kuhlmann 2007:11-13). Die politische Veränderungen Deutschlands in den 1930er-Jahren waren 1937 Grund für die Zwangsauswanderung von Salomon nach Amerika (vgl. Kohlmann 2007:210-211; Braches-Chyrek 2013:220). Auf der Suche nach einer sinnvollen Tätigkeit wurde sie 1893 in dem Verein „Mädchen- und Frauengruppen für soziale Hilfsarbeit“ (Engelke et al. 2014:238) tätig und begann, sich für die Frauenbewegung sowie für die Wohlfahrtspflege einzusetzen. Im Zentrum ihres Interesses stand „der Mensch, der Not leidet“ (ebd.:240; vgl. Wendt 2017a:439; Braches-Chyrek 2013:213-220). Salomon hatte einen ganzheitlichen Blick auf die Notlagen der hilfeschuchenden Personen und teilte diese nicht in einzelne Sektoren wie Gesundheit, Wirtschaft, Soziales etc. auf. „Der einzelne Hilfebedürftige wird mit seinem ganzen Wesen, seinem körperlichen und geistigen Zustand und seinem Charakter als Glied seiner Familie in seinen natürlichen Zusammenhängen betrachtet.“ (Engelke et al. 2014:204) Durch den Fokus auf sämtliche Umstände und Zusammenhänge konnten nach Salomon (1928) die Ursachen von Not herausgearbeitet und begriffen werden, damit auch die Wohlfahrtspflege adäquat intervenieren konnte (vgl. Salomon 1928:138). Diese Sichtweise gehört immer noch zu den aktuellen Ansätzen und Anforderungen der modernen Sozialen Arbeit. Zudem setzte sie sich für die Entstehung von Ausbildungsstätten für soziale Berufe und die Professionalisierung der Sozialen Arbeit ein. Sie war ihrer Zeit weit voraus und konnte nur wenige ihrer Forderungen für die Profession und Disziplin der Sozialen Arbeit umsetzen (vgl. Braches-Chyrek 2013:221-226).

Zeitgleich mit Alice Salomon hat sich in Österreich eine weitere starke Persönlichkeit für die Professionalisierung der Sozialen Arbeit eingesetzt. Pionierin und Begründerin der Sozialen Arbeit in Österreich als Profession ist **Ilse Arlt**. Ihr zu Ehren wurde das Forschungsinstitut der FH St. Pölten „Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung“ genannt.

„Ilse Arlt steht für ein Verständnis der Sozialen Arbeit, das gesellschaftliche Strukturen der Hilfe wie der Ausgrenzung im Blick hat und Sozialarbeit als eine gesellschaftsbezogene Aufgabe bei gleichzeitiger methodischer Individualisierung betrachtet.“ (Inklusion o.A.)

Ilse Arlt (1876–1960) wurde 1876 in Wien geboren und begann, sich der Armutforschung zu widmen. Ihre Forschung ist geprägt von Erfahrungen aus der Praxis. Arlt begibt sich immer wieder in Stadtviertel und Wohnungen, die von Armut

betroffen sind (vgl. Engelke et al. 2014:269; Frey 2005:30). Aus dem Interesse für die Armutsforschung haben sich die ersten Ansätze für die Etablierung einer Ausbildung für Sozialarbeiter*innen ergeben. In Österreich hat Arlt somit den Grundstein für die Professionalisierung und Institutionalisierung der Sozialen Arbeit gelegt. Mit der Gründung einer Fürsorgerinnenschule 1912 hat sie einen Meilenstein in der Entwicklung der Sozialen Arbeit in Österreich gesetzt (vgl. Simon 2010:216-217; Frey 2005:40-42). Ilse Arlt konnte die Schule über 25 Jahre lang mit Erfolg führen (vgl. Lambers 2016:72), musste diese aber 1938 nach dem Einmarsch der Nationalsozialisten schließen. Ihre bis dahin zusammengetragene Forschungsarbeit und ihre Werke wurden fast zur Gänze zerstört. Nach dem zweiten Weltkrieg versuchte sie 1946 mit der Neu-Eröffnung der Fürsorgerinnenschule einen zweiten Anlauf, musste diese aber aus gesundheitlichen und finanziellen Gründen 1950 schließen (vgl. Engelke et al 2014:270; Lambers 2016:72).

Ilse Arlt hat die Soziale Arbeit mit ihrer **Bedürfnistheorie** bereichert, die sie im Rahmen der Armutsforschung entwickelt hatte. Gemäß dieser Bedürfnistheorie ging Arlt davon aus, dass die Armut einen Mangel an „Gedeihen“ im Sinn von „in einem bestimmten Entwicklungsprozess fortschreiten“ (Duden online o.A.) von Menschen darstellt (vgl. Maiss / Pantuček 2008). „Sie geht davon aus, dass eine genaue Erfassung der Armut ohne die Kenntnisse von den menschlichen Bedürfnissen gar nicht möglich sei [...].“ (Frey 2005:74-75) Zur Messbarkeit der Armut entwickelt sie dreizehn Grundbedürfnisse, deren Erfüllung jedem Menschen zusteht, egal, ob arm oder reich. Diese lauten: „Ernährung, Wohnung, Körperpflege, Kleidung, Erholung, Luft, Erziehung, Geistespflege, Rechtsschutz, Familienleben, ärztliche Hilfe und Krankenpflege, Unfallverhütung und Erste Hilfe, Erziehung zu wirtschaftlicher Tüchtigkeit.“ (Arlt 1933:66) Sie nahm eine weitere Zuordnung von Bedürfnissen gemäß Altersklassen und Bedürfnisklassen vor, wobei letztere z.B. durch Geschlecht, vorhandene Einschränkungen, chronische Erkrankungen etc. charakterisiert sind. Werden eines oder mehrere dieser Grundbedürfnisse nicht oder nur mangelhaft befriedigt, dann liegt Bedürftigkeit vor. Um Not feststellen zu können, ist jedem Bedürfnis eine Mindestanforderung zugeteilt; wenn diese unterschritten wird, liegt nach Arlt Not vor (vgl. Frey 2005:77). Das Erkennen der mangelhaften Befriedigung von Grundbedürfnissen dient zur Intervention und Hilfeplanung für die betreffenden Personen. Arlts komplexes System für die Bearbeitung und Erforschung von Armut hat die Soziale Arbeit, vor allem die systemische Soziale Arbeit beeinflusst (vgl. Arlt 1933; Frey 2005:76-79; Maiss / Pantuček 2008).

Der geschichtliche Rückblick zeigt, dass eine Hauptaufgabe der Sozialen Arbeit darin besteht, die sozialen Ungleichheiten innerhalb der Bevölkerung auszugleichen und Personen, die von Armut betroffen sind, zu unterstützen.

2.3 Profession Soziale Arbeit – eine Handlungswissenschaft

Neben der Geschichte sind die gesellschaftlichen Verhältnisse maßgebend für die Soziale Arbeit in der Praxis wie auch in der Wissenschaft. In beiden Bereichen muss sich die Soziale Arbeit immer wieder ihren Zugängen, Methoden und Handlungsfeldern anpassen und sich weiterentwickeln.

Der historische Ursprung der Sozialen Arbeit (siehe Kapitel 2.2) wurde bereits angerissen, aber die Soziale Arbeit, so wie wir sie heute in Österreich kennen, hat sich in Großbritannien und den USA entwickelt und ist als „Nachkriegsimport“ zu verstehen (vgl. Simon 2010:207). In Großbritannien und in den USA förderte der Wohlfahrtsgedanke die Entstehung der Sozialen Arbeit. Durch die Koordinierung der Wohlfahrtstätigkeiten in beiden Ländern entstand die Soziale Arbeit als Nachfolge für die Armenpflege, deren Wissen in Schulen und auf Universitäten verankert wurde und zu einer Profession heranwuchs. In Österreich hat Ilse Artl (siehe Kapitel 2.2) den Weg für die Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft geebnet, d.h. Soziale Arbeit wird in ihrer Ausübung professionalisiert z.B. durch das Etablieren einer Ausbildung, von Standards oder eines Berufskodexes bzw. Code of Ethics (vgl. Deller / Brake 2014:57). Zudem wird die Praxis mit der Wissenschaft verbunden und zu einer angewandten Forschungswissenschaft entwickelt (vgl. Engelke et al. 2014:35-36). Professionalisierung nach Maria Dorothea Simon (2010) bedeutet, dass ein „freier Beruf“ wie die Sozialarbeit eine hochspezialisierte Ausbildung erfordert (vgl. Simon 2010:208). In Österreich kann Soziale Arbeit nach dem Bologna-System an einer anerkannten Fachhochschule studiert und als Bachelor und Master abgeschlossen werden. Das Studium verkörpert die angewandte Wissenschaft, aus der heraus sich die Soziale Arbeit etabliert, nicht zuletzt durch den großen Anteil an Praktika und den Praxisbezug der Lehrveranstaltungen.

Die Soziale Arbeit muss, um sich als Sozialarbeitswissenschaft weiter zu festigen, ihre Erkenntnisse aus der Praxis mit der Wissenschaft in Bezug setzen und umgekehrt. Die Sozialarbeitswissenschaft profitiert davon, dass ihre Theorien und Ansätze in der Praxis „getestet“ werden und sich vor allem aus der Praxis heraus ergeben. Die Soziale Arbeit

ist eine angewandte Forschung. Bei dieser geht es nicht nur um die Wahrheit von Theorien und Erkenntnissen, sondern auch um die Nützlichkeit und Anwendbarkeit von Erkenntnissen in der Praxis (Birgmeier 2009:231). Die Sozialarbeitswissenschaften befasst sich mit sozialen Problemen bzw. Phänomenen mit denen die Professionist*innen in der Arbeit zu tun haben. Dadurch können sich neue Erkenntnisse aus der Praxis heraus entwickeln, die wissenschaftlich bearbeitet werden. Zusammengefasst entstehen Theorien bzw. Ansätze auf Basis der Praxis für die weitere und zukünftige Praxis (vgl. Birgmeier / Mührel 2011:56-57; Deller / Brake 2014:58-59).

Wichtig hierbei ist es, dass die Theorie, die den derzeitigen aktuellen gesellschaftlichen Zustand beschreibt und daraus neue Ansätze und Methoden für die Praxis generiert, für die Sozialarbeiter*innen in der Praxis verständlich und umsetzbar ist (vgl. Birgmeier / Mührel 2011:58). Es besteht damit die Möglichkeit, die Prüfbarkeit der Theorien in der Praxis festzustellen – ein wesentlicher Vorteil einer Handlungswissenschaft. Diese Arbeitsweise entspricht den Ideen und Ausarbeitungen von Alice Salomon nach Rita Braches-Chyrek, Professorin für Sozialpädagogik, für die Professionalisierung der Sozialen Arbeit in Ausbildungsstätten.

„Charakteristisch in ihren Arbeiten [Salomons Ausarbeitung einer Profession der Sozialen Arbeit] ist die Diskussion des Verhältnisses von Theorie und Praxis, sowohl in der Ausbildung als auch im Studium, in der Anwendung von Theorien und Methoden in der Praxis sowie in der Forschung.“ (Braches-Chyrek 2013:221)

Die Soziale Arbeit als praktische Profession sowie als forschende Wissenschaft ist dank ihrer vielfältigen Handlungsfelder (siehe Kapitel 2.7) und ihres generalistischen Ansatzes in den verschiedensten Bereichen einsetzbar, wodurch Projekte, Praxis und Forschungen profitieren.

2.4 Global Definition of Social Work und Code of Ethics

Soziale Arbeit als Profession und als Handlungswissenschaft zeichnet sich durch einen **Berufskodex** (Code of Ethics) aus, der ein wichtiges Merkmal der Sozialen Arbeit darstellt. Dieser Kodex bestimmt das Handeln der Berufsgruppe unabhängig vom Auftrag ihrer Dienstgeber*innen. Ähnliche Berufsgruppen in Österreich, die mit einem Berufskodex arbeiten oder sich diesem verpflichten, sind Ärzt*innen, Jurist*innen, Apotheker*innen usw. (vgl. Simon 2010:207-208). Im Jahre 2004 wurden in Salzburg bei einer Generalversammlung des Österreichischen Berufsverband der Sozialen Arbeit (OBDS) ethische Standards formuliert, an denen sich der Berufsverband orientiert, unter anderem auf der Homepage des OBDS zu finden sind (vgl. OBDS o.A.a). „In den ethischen Standards des OBDS wird einer Verpflichtung gegenüber der Einhaltung von

Menschenrechten formuliert [...]“ (Eckstein / Gharwal 2016:20) Des Weiteren dient als Grundlage der Berufsethik in Österreich der vom Weltverband festgelegte *Code of Ethics* (vgl. IFSW 2012). Seit November 2015 liegt ein Entwurf für ein Berufsgesetz der Sozialen Arbeit (das Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sozialarbeitswissenschaften beinhaltet) vor, worin Ausbildung, Handlungsfelder, Anforderungen usw. auf Bundesebene festgelegt werden sollen. Dieses Berufsgesetz bildet den Versuch, Soziale Arbeit zu professionalisieren und zu vereinheitlichen (vgl. OBDS o.A.b). Die Soziale Arbeit in Österreich orientiert sich bislang an den internationalen Konventionen zum Schutz der Menschenrechte und der *Global Definition of Social Work*. Die internationale Definition der Sozialen Arbeit ist ein Produkt der **International Federation of Social Workers** (IFSW). Der IFSW ist eine globale Vereinigung der Profession Soziale Arbeit und vertritt 126 Mitgliedsstaaten. „Gemeinsam treten sie für soziale Gerechtigkeit, Menschenrechte und soziale Weiterentwicklung ein, indem sie der Profession ‚Soziale Arbeit‘ auf internationaler Ebene eine Stimme geben.“ (DBSH o.A.a)

Bei der **Global Definition of Social Work**, die im Juli 2014 in der Generalversammlung des IFSW verabschiedet wurde, ist das maßgebliche Ziel, wie schon der Name sagt, Soziale Arbeit global zu definieren, in dem internationale (ethische und professionelle) Standards festgelegt werden. Das Original ist in englischer Sprache verfasst, und mangels einer autorisierten deutschen Übersetzung wird im Folgenden auf die Übersetzung des DBSH Bezug genommen. Im ersten Schritt wird Soziale Arbeit definiert und deren Inhalte zusammengefasst.

„Soziale Arbeit ist eine praxisorientierte Profession und eine wissenschaftliche Disziplin, dessen bzw. deren Ziel die Förderung des sozialen Wandels, der sozialen Entwicklung und des sozialen Zusammenhalts sowie die Stärkung und Befreiung der Menschen ist. Die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit, die Menschenrechte, gemeinsame Verantwortung und die Achtung der Vielfalt bilden die Grundlagen der Sozialen Arbeit. Gestützt auf Theorien zur Sozialen Arbeit, auf Sozialwissenschaften, Geisteswissenschaften und indigenem Wissen, werden bei der Sozialen Arbeit Menschen und Strukturen eingebunden, um existenzielle Herausforderungen zu bewältigen und das Wohlergehen zu verbessern.“ (DBSH o.A.b:1)

Im Weiteren wird vertiefend auf die vier Gliederungspunkte – zentrale Aufgaben, Grundsätze, Wissen und Praxis – eingegangen.

2.5 Anforderungen und Rolle der Sozialen Arbeit

Personen, die in der Sozialen Arbeit tätig sind, finden sich immer wieder im Spannungsverhältnis zwischen Auftraggeber*in (jener Person, die die Soziale Arbeit in Anspruch nimmt) und Kostenträger*in (der Staat bzw. die Gesellschaft). In diesem Spannungsverhältnis verfolgt die Soziale Arbeit ihren eigenen Auftrag, emanzipatorisch

und befriedend zu arbeiten. Das bedeutet, dass Soziale Arbeit darum bemüht sein muss, zwischen oft widersprüchlichen Interessen zu vermitteln. Zum einen ist es ein Auftrag, die Person emanzipatorisch zu unterstützen, das heißt, sie an ein selbstermächtigendes und selbstbestimmtes Leben heranzuführen. Zum anderen versucht sie im Sinne des Staates und der Gesellschaft befriedend zu handeln. Die Zielgruppen der Sozialen Arbeit sind meist Personen die am Rande der Gesellschaft stehen, Minderheiten und, wie oben erwähnt, Personen, die sich in einer Situation befinden, die sie ohne Hilfe nicht mehr bewältigen können. Im Prinzip kann jede*r in eine Lage kommen, in der er*sie überfordert ist und somit eine*n Sozialarbeiter*in in Anspruch nehmen muss. Die Aufträge an die Soziale Arbeit sind vielfältig und zahlreich. Eine weitere Aufgabe an die Soziale Arbeit ist es, Missstände betroffener Personen zu bereinigen und diese wieder in das System einzugliedern. Lothar Böhnisch, ehemaliger Professor für Sozialpädagogik, und Hans Lösch (1973) haben sich dieser verschiedenen Anforderungen an die Soziale Arbeit und des Spannungsverhältnisses, das sich daraus ergibt, angenommen und den Begriff des Doppelmandats entwickelt (vgl. Böhnisch / Lösch 1973:28).

2.5.1 Vom Doppelmandat zum Tripelmandat

Das Doppelmandat wurde in den 1970er-Jahren von Böhnisch und Lösch (1973) auf Basis des Spannungsverhältnisses entwickelt, in dem sich die Soziale Arbeit befindet (vgl. Böhnisch / Lösch 1973:28). Unter „Mandat“ kann der Auftrag an die Soziale Arbeit verstanden werden. Die Soziale Arbeit befindet sich in der Mitte zwischen Staat und Adressat*innen bzw. zwischen Kontrolle und Hilfe und vertritt somit zwei Mandate.

„Doppelt mandatiert ist Soziale Arbeit, weil sie sich für das Wohl und die Interessen ihrer unmittelbaren AdressatInnen und zugleich für das Allgemeinwohl bzw. die Interessen der Gesellschaft zu verbürgen hat.“ (Ziegler 2015:69)

Mit dem Auftrag einerseits die Seite der Kontrolle zu befrieden und andererseits zu helfen und emanzipatorisch zu ermutigen, befindet sich die Soziale Arbeit in einem Balanceakt, der sie oft vor ihre Grenzen stellt (vgl. Schmid-Noerr 2012:93-94; Spiegel 2013:26-27; Thieme 2017:17; Wendt, P.-U. 2015:28).



Abbildung 6: Doppeltes Mandat nach Böhnisch und Lösch (1973); Quelle: eigene Darstellung

In Anlehnung an Böhnisch und Lösch (1973) wurde das Doppelmandat durch Staub-Bernasconi um ein weiteres Mandat erweitert: Es wurde vom Doppel- zum Tripelmandat. Das Tripelmandat beinhaltet jene drei Mandate, welche die Soziale Arbeit in ihrer Handlungspraxis als Profession ausmachen. Staub-Bernasconi schreibt: „Diese beiden Merkmale professioneller Kompetenz – Ethikkodex und Wissenschaftsbegründung des professionellen Handelns – bezeichne ich als drittes Mandat der Sozialen Arbeit.“ (Staub-Bernasconi 2009:36)

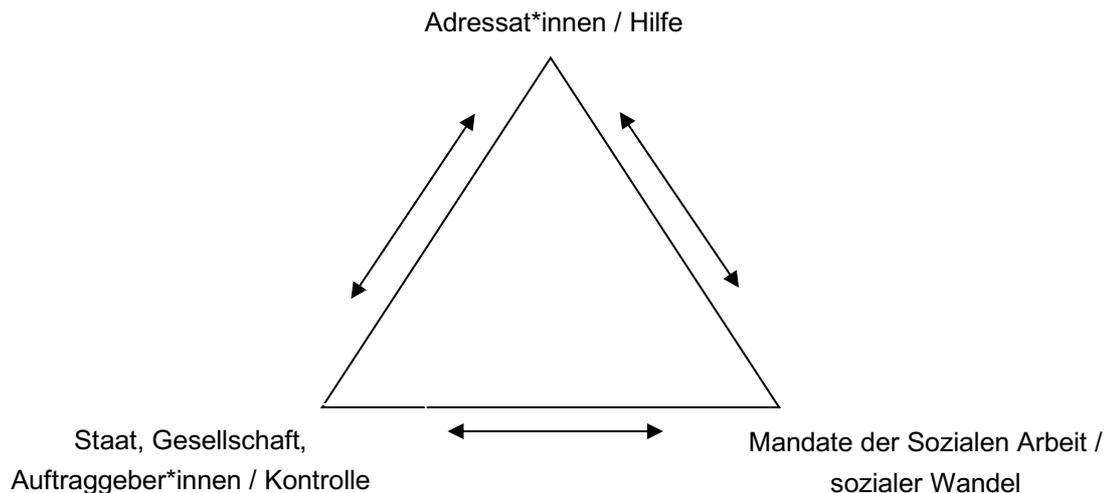


Abbildung 7: Das Tripelmandat; Quelle: eigene Darstellung

Unter dem dritten Mandat werden Aufträge verstanden, die die Soziale Arbeit sich selbst gibt. Das dritte Mandat soll zu einer Emanzipation der Profession dienen und sie dazu ermächtigen, nach den eigenen ethischen Vorstellungen, auf Basis der Menschenrechte zu agieren (vgl. Staub-Bernasconi 2007:200-201; Wendt, P.-U. 2015:28-29; Schmid-Noerr 2012:95; Röh 2013:32; Seithe 2012:393; Eckstein / Gharwal 2016:17; Staub-Bernasconi 2009:35-36). Damit wird der Sozialen Arbeit eine Verweigerung von Aufträgen ermöglicht, wenn diese nicht ihrer Ethik entsprechen. Deshalb plädiert Staub-Bernasconi im Hinblick auf das dritte Mandat für einen Berufskodex, den die Soziale Arbeit als angesehene Profession und als Handlungswissenschaft benötigt (vgl. Staub-Bernasconi 2007:200-202; Staub-Bernasconi 2009:36; Seithe 2012:393-394). Hans Thiersch (2013), ehemaliger Professor für Erziehungswissenschaften und Sozialpädagogik, stellt fest, dass das Recht der Menschen auf Emanzipation, Lebens- und Partizipationschancen zwar in der Menschenrechts- und der Kinderrechtscharta verankert ist, aber eine bloße Vision bleibt. „Es ist eine Zielorientierung, die als etwas beschrieben werden kann, worauf hin sich unsere Gesellschaft bewegt, [...] aber nicht immer kann.“ (Thiersch 2013:21) Daher scheint die Forderung nach einem gemeinsamen Berufskodex umso wichtiger, damit die Soziale Arbeit sich darauf berufen

kann, wie es anderen Berufsgruppen z.B. den Ärzt*innen oder Anwält*innen ebenfalls möglich ist.

Durch dieses dritte Mandat soll des Weiteren ein sozialer Wandel in der Gesellschaft ermöglicht werden, um „Missstände und Ungleichheiten“ (Eckstein / Gharwal 2016:17) zu verringern und im besten Fall zu beseitigen (vgl. ebd.).

2.6 Ansätze der Sozialen Arbeit

Aufgrund der Inter- und Transdisziplinarität der Sozialen Arbeit liegen ihr zahlreiche Ansätze bzw. Theorien zugrunde. Warum inter- bzw. transdisziplinär? Weil die vielfältigen Ebenen eines sozialen Problems nicht von einer einzigen Disziplin abgedeckt werden könnte (vgl. Birgmeier / Mührel 2011:34). Interdisziplinarität steht für die Kooperation zwischen den verschiedenen Disziplinen, die sich gegenseitig mit ihren Errungenschaften und ihrem Wissen unterstützen. Transdisziplinarität hingegen bestärkt die Reflexion und die Kritik bei disziplinübergreifendem Austausch (vgl. Kornmeier 2016:172). Soziale Arbeit agiert auf vielen verschiedenen Ebenen und benötigt hierfür ein breites Wissen aus unterschiedlichen Bereichen der Human-, Geistes-, Sozial-, Rechts- und Kulturwissenschaften, und je nach Tätigkeitsfeld kommen weitere wissenschaftliche Bereiche hinzu wie etwa Politik- oder Wirtschaftswissenschaften.

Bei der Bewältigung von sozialen Problemen (siehe Kapitel 2.1) können verschiedene Ansätze der Sozialen Arbeit herangezogen werden. Im Zusammenhang mit dem vorliegenden Projekt ist ein Grundverständnis für die „lebensweltliche“ und „systemische“ Soziale Arbeit von besonderer Bedeutung, weshalb diese in der Folge einführend dargestellt werden.

2.6.1 Lebensweltlicher Ansatz

Der lebensweltliche Ansatz ist charakteristisch für den Fokus auf die individuellen Lebenswelten, in denen der*die Einzelne und die gute Bewältigung seines*ihres Alltags im Zentrum steht. Es geht vor allem darum, der Person in ihrem Alltag zu begegnen (vgl. Schumacher 2013:88-89). Die Aufgabenstellung der Sozialen Arbeit im lebensweltlichen Ansatz ist es, eine Person zu unterstützen und zu begleiten, damit diese ihren von sozialpolitischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen beeinflussten Alltag meistern kann. Das heißt nicht, dass die Sozialarbeiter*innen Begleitdienste übernehmen, aber

sie gehen in der Hilfeplanung spezifisch auf den Alltag und die Lebenswelt der Adressat*innen ein. „Der Alltag ist das, was einen Menschen umgibt, was ihn prägt, was seine Möglichkeiten und Grenzen bestimmt.“ (Löcherbach / Puhl 2016:65) Ziel ist es, dass Adressat*innen wieder zu kompetenten und selbstermächtigten Akteur*innen ihrer Lebenswelten werden.

Ein bekannter Vertreter der Lebensweltorientierten Sozialen Arbeit ist Hans Thiersch. Er hat in den späten 1980er- und frühen 1990er-Jahren den Ansatz der Lebenswelttheorie entwickelt. Schwerpunkt dieses Ansatzes ist nach Wendt (2017b:309) „die Wendung zum Subjekt“.

Lebensweltliche Ansätze finden sich vor allem in der Arbeit mit Familien, in der mobilen Jugendarbeit, in der Kinder- und Jugendhilfe, in der Arbeit mit Wohnungslosen und Menschen mit Behinderung, in der Altenarbeit und im gemeinwesenorientierten Arbeiten im Sozialraum (vgl. Thiersch / Grunwald 2014:350-353). Der Sozialraum spielt im lebensweltlichen Ansatz eine bedeutende Rolle. Die Lebenswelten und der Alltag von Adressat*innen finden in Sozialräumen statt, und es lassen sich somit auch ihre sozialen Probleme dort verorten.

■ Sozialraum

Der Sozialraum spielt eine wesentliche Rolle in der Sozialen Arbeit. Er ermöglicht der Sozialen Arbeit, die Fallarbeit auf mehreren Ebenen (wie z.B. der Mikro-, Meso- und Makroebene – die Arbeit mit den Personen, mit den Institutionen, Netzwerken und auf einer gesellschaftspolitischen Ebene) zu bedienen. Der Fokus liegt nicht mehr gezielt auf dem Individuum, sondern bezieht das Umfeld, Netzwerke, Personen, Politik etc., die sich im sozialen Raum der Person befinden, mit ein (vgl. Früchtel et al. 2013:11-12). In ihm bewegen sich viele Akteur*innen, wodurch es zu sozialen Problemen kommt, während gleichzeitig versucht wird, diese zu lösen. Der Sozialraum ist einer Dynamik und einem stetigen Wandel ausgesetzt, der durch die gesellschaftlichen Lebensverhältnisse hervorgerufen wird (vgl. Wendt 2009:225). Beim Sozialraum wird das gesamte Feld des*der Adressat*innen bei der Problemanalyse herangezogen und nicht nur deren Beziehungen zu Einzelpersonen.

„[Der Sozialraum] ermöglicht es in der Analyse, die räumliche Umgebung in Verbindung mit dem sozialen Handeln zu bringen. So ist mit dem ‚Sozialraum‘ nicht nur ein sozialgeografisch begrenzter Raum, wie z.B. ein Stadtteil oder eine Region gemeint. Spricht man vom Sozialraum, so bezieht sich das auf einen sozial konstruierten Raum: einen Lebensraum und sozialen Mikrokosmos, in dem sich gesellschaftliche Entwicklungsprozesse manifestieren.“ (ÖGUT o.A.)

Innerhalb des Sozialraums spielt die „nachgehende“ bzw. „aufsuchende“ Soziale Arbeit eine wichtige Rolle. Darunter wird die Handlungsweise verstanden, dass Sozialarbeiter*innen ihre Adressat*innen in ihren Lebenswelten und Sozialräumen aufsuchen. Es wird eine Geh-Struktur verfolgt anstelle einer Komm-Struktur, bei der die Adressat*innen die Sozialarbeiter*innen aufsuchen müssen, um Hilfe zu erhalten (vgl. Maly 2017:134). Wenn Beratungsgespräche oder Unterstützungsleistungen nur in Büros bzw. in den Räumlichkeiten der Organisation, wo der*die zuständige Sozialarbeiter*in beschäftigt ist, eingefordert werden können, entspricht dies einer Komm-Struktur (vgl. ebd.). Die aufsuchende bzw. nachgehende Soziale Arbeit wird meist bei niederschwelligem Angebot wie in der Streetwork, der Jugendarbeit sowie der Wohnungs- und Obdachlosenhilfe angewendet (vgl. Wendt, P.-U. 2015:322-323).

2.6.2 Systemischer Ansatz

Der systemische Ansatz beruht darauf, dass er die Gesellschaft und ihre enthaltenen sozialen Systeme in (Teil-)Systeme unterteilt. Der Fokus liegt nicht mehr auf dem Individuum per se, sondern auf den gesellschaftlichen Systemen, in denen das Individuum sich bewegt und die Teil des sozialen Problems sind. Beim systemischen Ansatz wird davon ausgegangen, dass der*die Adressat*in „einer Vielzahl von Sozialsystemen angehört z.B. der Familie, dem Betrieb, dem Sportverein, dem Freundeskreis usw.“ (Erlor 2012:125). Die Einzelperson ist im Mittelpunkt des systemischen Ansatzes, soweit es um die Bearbeitung des sozialen Problems geht. Hierfür wird aber nicht die Lebenswelt näher betrachtet, sondern die einzelnen sozialen Beziehungsgeflechte bzw. Systeme, in denen sich die Person bewegt. Das soziale Problem wird kontextualisiert und auf die verschiedenen, auf die/den Adressaten*in und ihren Missetand bezogenen gesellschaftlichen (Teil-)Systeme aufgesplittet (vgl. Schuhmacher 2013:90-91).

„SozialarbeiterInnen sollten innerhalb der systemischen Sozialen Arbeit versuchen, das Anliegen oder die beschriebenen Situationen der KlientInnen auf verschiedenen Beziehungsebenen zu betrachten und den auf Veränderung und Ressourcenkräftigung gerichteten beraterischen Prozess zu steuern.“ (Deller / Brake 2014:202)

Die systemisch orientierte Vorgehensweise sieht den*die Akteur*in und das soziale Problem, das den*die Akteur*in an einem menschenwürdigeren Alltag hindert. Abbildung 8 zeigt das Modell einer systemischen Analyse:

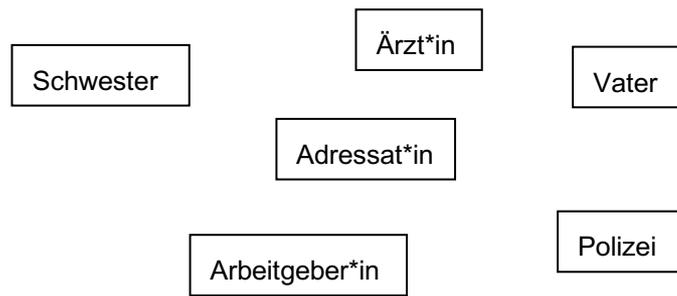


Abbildung 8: Systeme; Quelle: Schilling / Zeller (2012:170)

In Abbildung 9 wird ersichtlich, auf welche Weise einige dieser Systeme zusammenwirken und somit ein neues eigenes System bilden, das als solches gesehen werden muss. Durch diese Kontextualisierung können soziale Probleme „entknüpft“ werden und ermöglichen deren gezielte Behebung mit den passenden Methoden der Sozialen Arbeit (vgl. Hosemann / Geiling 2013:88).

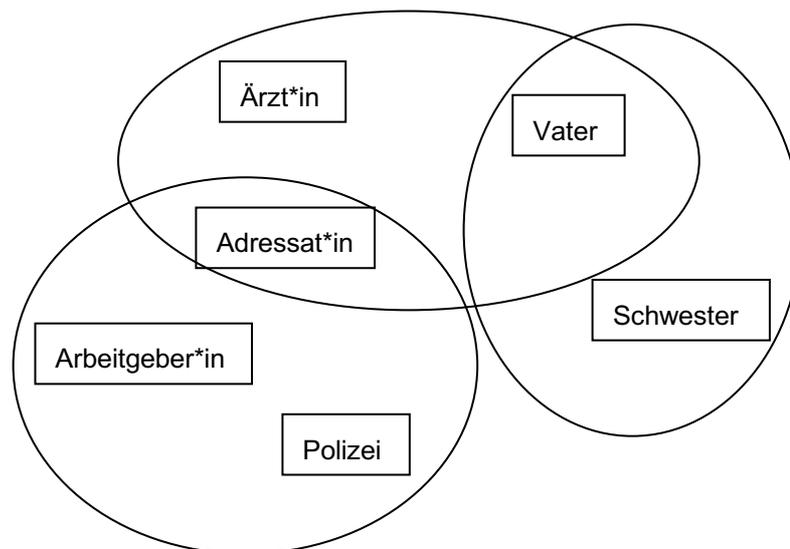


Abbildung 9: Systemgruppen; Quelle: Schilling / Zeller (2012:170)

Diese systemische Betrachtung eines sozialen Problems ist nicht nur für die beteiligten Personen möglich, sondern ebenso für die (Teil-)Systeme einer Gesellschaft wie Arbeit, Kultur, Politik, Gesundheit, medizinische Versorgung, Recht etc. (vgl. Schilling / Zeller 2012:175-176). Zudem wird hierbei von zirkulären Zusammenhängen ausgegangen, nicht von einer linearen Abfolge der Ursachen (vgl. ebd.:172; Hosemann / Geiling 2013:11-13).

2.7 Handlungsfelder

Die Soziale Arbeit ist mit ihren Handlungsfeldern genauso breit aufgestellt wie mit ihren Theorien, die aus ihrer Praxis entstehen und umgekehrt. Im Laufe der Zeit haben sich die Handlungsfelder der Sozialen Arbeit eher vermehrt als verringert und werden künftig noch zahlreicher werden. Ihr Potenzial wird mehr und mehr erkannt und geschätzt (vgl. Schilling / Klus 2015:207).

Eine grobe Einteilung der Handlungsfelder, in denen die Soziale Arbeit bis dato Fuß gefasst hat und tätig ist, gibt der österreichische Berufsverband der Sozialen Arbeit an (OBDS o.A.c):

- Kinder, Jugendliche, Familie
- alte Menschen
- materielle Grundsicherung
- Gesundheit (siehe Kapitel 6.8)
- Straffälligkeit
- Beruf und Bildung
- Migration und Integration
- internationale Sozialarbeit/ Entwicklungsarbeit
(OBDS o.A.)

Sozialarbeiter*innen sind in diesen Bereichen auf den unterschiedlichsten Ebenen sowie in den verschiedensten Betätigungsfeldern zu finden. Die Vielfalt der Berufsfelder weist zudem die Fülle an Arbeitsgebieten aus, die mit Sozialarbeiter*innen besetzt werden (vgl. Schilling / Klus 2015:207). Unabhängig davon, ob sie im öffentlichen Dienst tätig sind oder von einem privaten Träger angestellt werden, sollten sie in erster Linie entsprechend der Standards der Sozialen Arbeit (siehe Kapitel 2.4) agieren.

Der Berufsverband (OBDS) gibt vier Tätigkeitsformen der Sozialen Arbeit an: Beratung, Vernetzung, Vorbeugung und Begleitung (vgl. OBDS o.A.c; vgl. auch Schilling / Klus 2015:208). Obendrein ergreifen Sozialarbeiter*innen die Initiative und werden aktiv, indem sie sich nachgehend bzw. aufsuchend betätigen (siehe Kapitel 3.4). Die Handlungsfelder in der Sozialen Arbeit sind nicht immer voneinander zu trennen, sondern greifen manchmal auch ineinander. So kann die Betreuung einer Familie im Handlungsfeld „Kinder, Jugendliche, Familie“ stattfinden und gleichzeitig die Handlungsfelder „Beruf und Bildung“ und „Straffälligkeit“ betreffen. Die Person bzw. die Zielgruppe kann mit ihren Problemen ein*e Adressat*in von mehreren Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit sein (vgl. Bieker / Floercke 2011:7). Die Heterogenität der Handlungsfelder, in denen ein*e Sozialarbeiter*in tätig ist, hängt von der Beschaffenheit

des Falles ab, also der Zielgruppe und ihren komplexen Problemlagen. Diese Problemlagen sind, wie bereits ausgeführt wurde, komplexe Situationen, die auf mehreren Ebenen bearbeitet werden müssen.

2.8 Methoden

Die Soziale Arbeit hat, ähnlich wie andere Berufsgruppen, ein Repertoire an Verfahrensweisen, die sie in der Praxis für ihr zielgerichtetes Handeln heranzieht. Die Handlungsweisen der Sozialen Arbeit wurden unter anderem von Alice Salomon am Anfang des 20. Jahrhunderts begründet. „Ziel der Bemühungen von Salomon war es, durch die Etablierung beruflicher Methoden für die Soziale Arbeit eine fachliche Eigenständigkeit zu beanspruchen.“ (Schilling / Klus 2015:177) In der Nachkriegszeit, Mitte des 20. Jahrhunderts, wurden die US-amerikanischen Arbeitsweisen übernommen, die sogenannten klassischen Methoden. Zu diesen klient*innenbezogenen Methoden zählen die **soziale Einzelfallhilfe**, die **soziale Gruppenarbeit** und die **Gemeinwesenarbeit**. Im Laufe der Zeit haben sich neue Trends und Techniken entwickelt, da die klassischen Methoden als unzureichend empfunden wurden (vgl. ebd.:181-183; Galuske 2013:66-67). In Hinblick auf das vorliegende Projekt wird darüber hinaus das **Case Management** einführend erklärt. Es gibt mittlerweile einen gut gefüllten Methodenkoffer für die praktische Ausübung der Sozialen Arbeit. Es wird eine verschränkte Anwendung aller Methoden der Sozialen Arbeit empfohlen (vgl. Spatschek 2009:35; Belardi 2017:74).

Im Folgenden werden die für den vorliegenden Kontext relevanten zwei traditionellen Methoden und das Case Management vorgestellt.

„Die klassischen drei Methoden mit ihren theoretischen Begründungen bilden die Grundlage für die Soziale Arbeit als Theorie und Praxis der Erhaltung, der Förderung und der Wiederherstellung der psychischen, sozialen, materiellen und biologischen Balance von Individuen, Gruppen und Lebenswelten einer Gesellschaft als ganzheitliche Aufgabe.“ (Deller / Brake 2014:161)

Die Gemeinwesenarbeit (GWA) kann als Handlungspraxis auf eine lange Tradition zurückblicken. Im Vergleich zu den beiden anderen traditionellen Methoden arbeitet die GWA mit einem gesamten Gemeinwesen, darunter werden z.B. Gruppen bzw. Gemeinschaften in Stadtgebieten verstanden (vgl. Seithe 2012:26-27). Im Zuge der Einrichtung eines Gemeinwesenzentrums mit integrierter Primärversorgung wird speziell auf die GWA als Methode der Sozialen Arbeit eingegangen, die im weiterfolgenden Kapitel tiefergehend behandelt wird (siehe Kapitel 3).

2.8.1 Einzelfallhilfe

Die Einzelfallarbeit gehört zu den ältesten Methoden der Sozialen Arbeit. Alice Salomon (siehe Kapitel 2.2) gehörte zu den Personen, die die Einzelfallhilfe im deutschsprachigen Raum etabliert hat (vgl. Wendt, P.-U. 2015:204; Deller / Brake 2014:161; Galuske 2013:78-79). Die soziale Einzelfallhilfe setzt in der direkten Auseinandersetzung zwischen Adressat*in und Sozialarbeiter*in an. Sie erschließt sich aus der helfenden Beziehung des*der Adressat*in und des*der Sozialarbeiter*in (vgl. Loch 2015:288; Seithe 2012:45). „Das Ziel des Hilfeprozesses ist in allen Fällen die Steigerung des Wohlbefindens von Klienten [sic!] mittels besserer Balance zwischen Individuum und Umwelt.“ (Galuske 2013:84) Für die Erreichung des Zieles, bedarf es einer vertrauensvollen und intakten Beziehung zwischen Adressat*in und Sozialarbeiter*in. Diese Beziehung beruht auf Wertschätzung, Respekt und unter anderem Selbstbestimmung (vgl. ebd.:88). Das Gespräch, die Beratung ist ein zentraler Teil der sozialen Einzelfallhilfe, wodurch sich einige Ansätze damit beschäftigen, wie dieses ziel- und erfolgsorientiert gestaltet werden kann (vgl. ebd.:89-90). Hierfür werden die Techniken der Gesprächsführung der Sozialen Arbeit herangezogen, die unter anderem auch Teil innerhalb der Ausbildung sind.

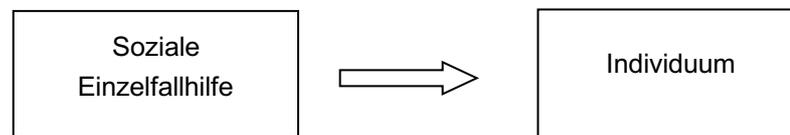


Abbildung 10: Soziale Einzelfallhilfe; Quelle: Deller / Brake (2014:160)

Ziel der Einzelfallarbeit ist, die Adressat*innen auf ihre Ressourcen aufmerksam zu machen, ihr Können und ihr Wissen zu fördern, damit sie „[...] zur selbstständigen Lösung der Probleme angeregt“ (Schilling / Klus 2015:177) werden. In der Praxis kann die Soziale Einzelfallhilfe verschiedenen Aufträgen seitens der Adressat*innen entsprechen. Die Beratung in unterschiedlichen Bereichen der Sozialen Arbeit wie z.B. der Wohn- und Schuldnerberatung gehört in diesen Kontext. Des Weiteren ist die materielle Grundsicherung eine wesentliche Aufgabe der Sozialen Arbeit. Innerhalb der sozioökonomischen Beratung werden in der sozialen Einzelfallhilfe behördliche Anträge für die materielle und finanzielle Absicherung der Adressat*innen gestellt, z.B. Mindestsicherung, Pflegegeld, Wohnbeihilfe usw. (vgl. Deller / Brake 2014:162). Des Weiteren bietet die Einzelfallarbeit einen optimalen Rahmen für die Stärkung des Netzwerks der Adressat*in bzw. für die Schaffung eines Netzwerks, wenn noch keines oder nur ein sehr fragmentiertes vorhanden ist (vgl. Wendt, P.-U. 2015:208).

„Mit ‚Hilfe zur Selbsthilfe‘ soll das Ziel einer emanzipierten, authentischen und (selbst-) verantwortlichen Persönlichkeit erreicht werden, die anschließend keiner weiteren professionellen Unterstützung mehr bedarf.“ (Deller / Brake 2014:162)

Es werden für den*die Einzelne Voraussetzungen bzw. Hilfestellungen geschaffen, damit diese*r seine*ihre Probleme im besten Fall selbstständig bereinigen kann (vgl. ebd.:163).

2.8.2 Soziale Gruppenarbeit

Die soziale Gruppenarbeit fokussiert sich auf die einzelnen Personen in einer Gruppe. Im Vordergrund steht die Betonung der eigenen Ressourcen sowie jener, die sich durch die Gruppe ergeben. Zudem versucht sie, Defizite in der individuellen sozialen Rolle im Rahmen der Gruppe zu bewältigen. „Sie soll den Gruppenmitgliedern dazu verhelfen, sich über ihre individuelle Identitätsentwicklung hinaus mit anderen Individuen in Beziehung zu setzen.“ (Deller / Brake 2014:169)

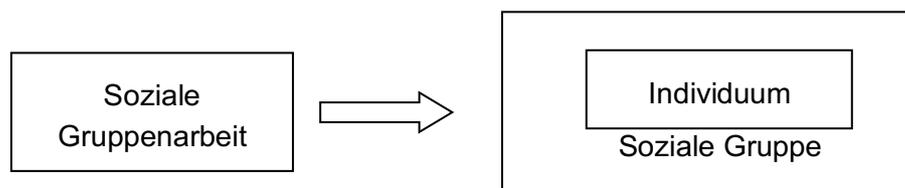


Abbildung 11: Soziale Gruppenarbeit; Quelle: Deller / Brake (2014:160)

Die soziale Gruppenarbeit ist nicht nur den Individuen in einer Gruppe dienlich, sie bietet auch den Rahmen, Gruppen mit Gruppen arbeiten zu lassen. Durch diese Herangehensweise können mit der Gruppenarbeit nicht nur individuelle, sondern auch gruppenbezogene Funktionen erfüllt werden wie der Abbau von Vorurteilen gegenüber Minderheiten; darüber hinaus kann politische Verantwortung gefördert, gesellschaftliche Normen und Werte vermittelt werden usw. (vgl. Deller / Brake 2014:169-170). Die Methode ist für die Arbeit mit Jugendlichen geeignet, um Zugehörigkeit, Solidarität, Sozialisation und Identität zu vermitteln (vgl. Wendt, P.-U. 2015:232; Seithe 2012:27). Zudem eignet sich die Gruppenarbeit als optimale Methode, um die Interessen einer Gruppe durch ihre kollektive Handlungsfähigkeit zu vertreten und zu stärken (Röh 2013:259).

2.8.3 Case Management

Sandra Herold

Case Management ist ein relativ neues Verfahren, welches sich die Soziale Arbeit in den letzten Jahren vermehrt zu Nutzen gemacht hat. Die „Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management“ (DGCC) definiert im Jahr 2012 Case Management als

„[...] Verfahrensweise in Humandiensten und ihrer Organisation zu dem Zweck, bedarfsentsprechend im Einzelfall eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen angemessen zu bewerkstelligen. Der Handlungsansatz ist zugleich ein Programm, nach dem Leistungsprozesse in einem System der Versorgung und in einzelnen Bereichen des Sozial- und Gesundheitswesens effektiv und effizient gesteuert werden können.“⁴

Im Vergleich zu anderen fallspezifischen Verfahren der Sozialen Arbeit zeichnet sich Case Management dadurch aus, dass die Frage der Fallarbeit mit der Gestaltung der Helfelandschaft gekoppelt wird. Dabei fungieren Case-Manager*innen als zentrale Personen, die, angepasst an den Unterstützungsbedarf der Klient*innen, die Helfelandschaft und die Angebotsvielfalt mitgestalten. Das heißt, die Hilfsangebote werden adressat*innenorientiert angepasst und ausgestaltet (vgl. Ehlers / Müller 2013:108).

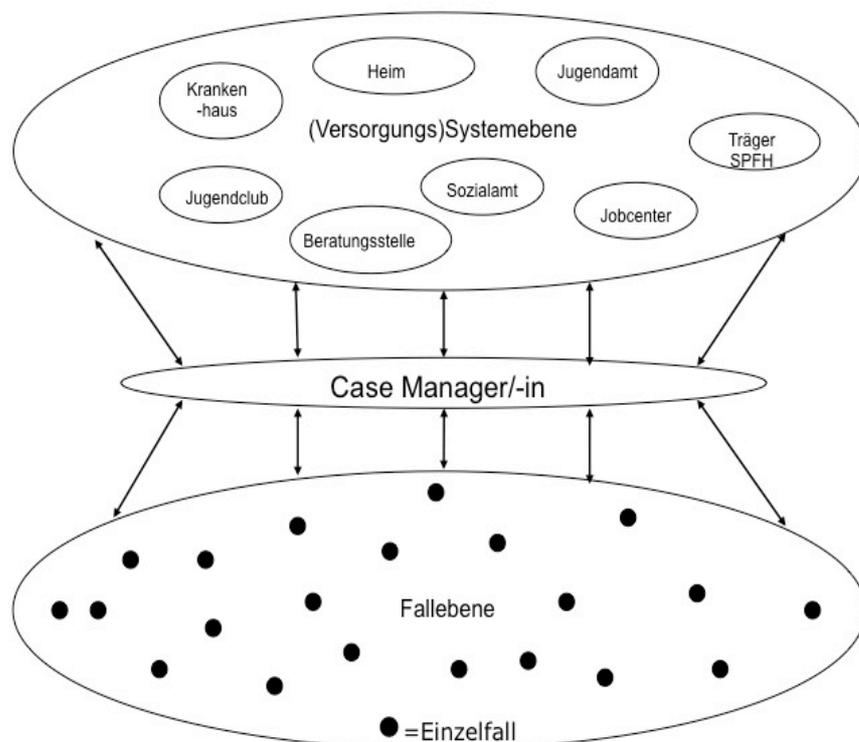


Abbildung 12: Rolle der Case Manager*in; Quelle: Ehlers / Müller (2013:112)

⁴ Diese Definition wird synonym von der Österreichischen Gesellschaft für Care und Casemanagement (ÖGCC) verwendet.

2.8.4 Case Management im Gesundheits- und Sozialbereich

Neben der Profession der Sozialen Arbeit wenden auch die Gesundheitsberufe wie z.B. Ärzt*innen und Pflegefachkräfte Elemente des Case Managements im stationären und ambulanten Bereich an. Die eingesetzten Case-Manager*innen haben neben der Gestaltung der personenbezogenen Versorgung in Medizin, Pflege und Soziales die Vorsorge und die Nachsorge im Lebensumfeld der Klient*innen und Patient*innen im Blick. Besonders in Fällen mit komplexen Problemstellungen, in denen in vielen Bereichen Unterstützung benötigt wird, können mit Hilfe des Case Managements Dienste und Einrichtungen verknüpft werden. Gleichzeitig werden aber auch informelle Netzwerke wie z.B. Angehörige und Ressourcen im Sozialraum mitbedacht (vgl. Wendt 2013:143-148).

„Das Handlungskonzept Case Management bietet ein in vielen Versorgungsbereichen des Gesundheits- und Sozialwesens anwendbares Gestaltungsprogramm, das fallbezogen in der Abfolge von Zugangerschließung, Bedarfsklärung, Versorgungsplanung, Koordinierung und Kontrolle der Durchführung und ihrer Evaluation eine Prozess- und Ergebnisoptimierung zu erreichen verspricht. Es wird zur Steuerung von Zusammenarbeit im Kontinuum von Behandlungs- und Unterstützungserfordernissen und besonders in Übergangssituationen und an Schnittstellen des Hilfesystems gebraucht.“ (Wendt 2013:148)

Im Folgenden werden konkrete Methoden des Case Managements aufgelistet, die Sozialarbeiter*innen im **ambulanten Gesundheits- und Sozialbereich** anwenden können:

- Coaching und Beratung der Patient*innen bei der Erfassung und Bearbeitung der psychosozialen Belastungen, die mit der Erkrankung verbunden sind
- Hausbesuche bei Bedarf
- Moderation von Netzwerkkonferenzen unter Einbeziehung der Helfer*innen-Netzwerks
- gezielte Einbeziehung des sozialen Umfeldes und aktive Intervention im Auftrag der Patient*innen
- bei komplexen Fallkonstellationen Erstellung eines individuellen Perspektivenplans – aufbauend auf den Erkenntnissen der Fachkräfte anderer Professionen
- Weitervermittlung an geeignete psychosoziale Weiterbetreuungseinrichtungen
- Monitoring bei längeren Fallverläufen (Finker et al. 2017:3)

2.9 Fazit

Die Geschichte zeigt, dass ein Umdenken der Gesellschaft in Bezug auf die Armenfürsorge einen wesentlichen Beitrag dazu geliefert hat, dass sich die Soziale Arbeit herausentwickelte – von einer anfänglichen Möglichkeit, sich sein Seelenheil und seinen Platz im Himmelreich mit Nächstenliebe zu erkaufen, bis hin zu den an den Rand der Gesellschaft gedrängten Minderheiten, die von sozialer Ungleichheit betroffen sind.

„Die Geschichte der Moderne ist also eine Geschichte, in der zunehmend Gruppen aus dem Dunkel von Unterdrückung und Abhängigkeit mit dem Anspruch heraustreten, als Menschen ernst genommen zu werden und Bürgerrechte zu erhalten; es ist die Geschichte der zunehmenden Anerkennung von Gruppen in der Bevölkerung. [...] das heißt aller derer, die an den Rand geraten sind: Anerkennung in ihren elementaren Bürger- [sic!] und Menschenrechten.“ (Thiersch 2013:20)

Die Entwicklungslinie zeigt, dass die Soziale Arbeit in ihrem heutigen Erscheinen einen langen Weg zurückgelegt hat. „Sie wächst sich nach hundert Jahren amtlicher und freitätiger Armenpflege zu professionellem Handeln aus.“ (Wendt 2017a:1)

Soziale Arbeit wird es auch weiterhin geben, „[...] weil Daseinsvorsorge und Teilhabesicherung aufwändiger geworden sind, weil das Ausmaß an sozialen Problemen in der sich immer weiter differenzierenden Gesellschaft nicht ab-, sondern zunimmt“ (Löcherbach / Puhl 2016:26). Es kann künftig ein stetiges Wachsen der Profession prognostiziert werden, indem diese ihre Handlungsfelder, Methoden und Ansätze immer wieder neu an die gesellschaftlichen, politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen anpassen wird müssen.

In Bezug auf ein Gemeinwesenzentrum mit integrierter Primärversorgung lässt die aktuelle Debatte zu einem Primärversorgungszentrum auf Bundesebene darauf schließen, dass die Soziale Arbeit im gesundheitlichen und medizinischen Bereich nicht wegzudenken ist. „Gesundheitsförderung ist ein Kernbereich lebensweltorientierter Sozialer Arbeit“ (Thole 2012:495). Mit ihren Methoden, Sichtweisen, Wissen und Zugängen ist sie eine Bereicherung, die nicht fehlen darf. Zudem ist sie aufgrund ihrer Inter- und Transdisziplinarität eine Profession, die mit der Zeit geht und sich immer mit der Gesellschaft, in der wir leben, wandeln wird. Der stärkenorientierte Blick liegt nicht nur in der Arbeit mit Adressat*innen, sondern auch in der interdisziplinären Zusammenarbeit mit anderen Professionen, wodurch ein effektives und ressourcenschonendes Bearbeiten von Ungleichheiten und Missständen möglich gemacht wird (vgl. Löcherbach / Puhl 2016:204-206).

Literatur

Amthor, Ralph-Christian (2012): Einführung in die Berufsgeschichte der Sozialen Arbeit. Weinheim / Basel: Beltz Juventa.

Arlt, Ilse (1933): Armutskunde. In: Fortschritte der Gesundheitsfürsorge, Monatsschrift der deutschen Gesundheitsfürsorgeschule, Berlin. 3(7), 65–73.

Autrata, Otger / Scheu, Bringfriede (2011): Theorie Sozialer Arbeit. Gestaltung des Sozialen als Grundlage. 1. Auflage, Wiesbaden: Springer VS.

Autrata, Otger / Scheu, Bringfriede (2013): Partizipation und Soziale Arbeit. Einflussnahme auf das subjektive Ganze. Wiesbaden: Springer VS.

Bieker, Rudolf / Floerecke, Peter (2011): Träger, Arbeitsfelder und Zielgruppen der Sozialen Arbeit. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Birgmeier, Bernd (2009): Theorie(n) der Sozialarbeitswissenschaft – reloaded! Eine Matrix zu wissenschaftstheoretischen Skeptizismen und das Programm eines philosophisch-geisteswissenschaftlichen Neustarts. In: Birgmeier, Bernd / Mührel, Eric (2009) (Hg.): Die Sozialarbeitswissenschaft und ihre Theorie(n). Positionen, Kontroversen, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 231–243.

Birgmeier, Bernd / Mührel, Eric (Hg.) (2011): Wissenschaftliche Grundlagen der Sozialen Arbeit. Schwalbach / Ts.: Wochenschau Verlag.

Birgmeier, Bernd (2012): Soziale Arbeit als Wissenschaft. Entwicklungslinien 1990 bis 2000. Band 1, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Böhnisch, Lothar (2016): Lebensbewältigung. Ein Konzept für die Soziale Arbeit. Weinheim / Basel: Beltz Juventa.

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

Böhnisch, Lothar / Schröer, Wolfgang (2013): Soziale Arbeit. Eine problemorientierte Einführung. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.

Braches-Chyrek, Rita (2013): Jane Addams, Mary Richmond und Alice Salomon. Professionalisierung und Disziplinierung Sozialer Arbeit. Opladen / Berlin / Toronto: Verlag Barbara Budrich.

DBSH – Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (o.A.b): IFSW. <https://www.dbsh.de/der-dbsh/dachverbaende/ifsw.html> [21.03.2018].

DBSH – Deutscher Berufsverband für Soziale Arbeit e.V. (o.A.b): Übersetzung der Global Definition of Social Work. https://www.dbsh.de/fileadmin/downloads/%C3%9Cbersetzung_der_Definiton_Sozialer_Arbeit_deutsch.pdf [06.02.2018].

Deller, Ulrich / Brake, Roland (2014): Soziale Arbeit. Grundlagen für Theorie und Praxis. Opladen / Toronto: UTB Verlag Barbara Budrich.

DGCC – Deutsche Gesellschaft für Care und CaseManagement (2016): Was ist CM? <http://www.dgcc.de/case-management/> [21.11.2016].

Duden online (o.A.): „Gedeihen“. <https://www.duden.de/rechtschreibung/gedeihen> [24.03.2018].

Eberhart, Cathy (2009): Jane Addams (1860-1935). Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Reformpolitik. Studien zu vergleichender Sozialpädagogik und internationaler Sozialarbeit und Sozialpolitik. Band 6, 1. Auflage, Bremen: Europäischer Hochschulverlag GmbH & Co. KG.

Eckstein, Nina / Gharwal, Dunja (2016): Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession in der Praxis. In: *soziales_kapital*, wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschul-studiengänge soziale arbeit, Nr. 16/2016, 15–30. <https://soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/479/842.pdf> [18.02.2018].

Ehlers, Corinna / Müller, Matthias (2013): Implementierung von Case Management in Organisationen des Sozial- und Gesundheitswesens. In: Ehlers, Corinna / Broer, Wicher (2013) (Hg.): *Case Management in der Sozialen Arbeit: Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit*. Band 7, Opladen / Berlin / Toronto: Budrich, 107–125.

Engelke, Ernst / Borrmann, Stefan / Spatschek, Christian (2014): *Theorien der Sozialen Arbeit. Eine Einführung*. 6., überarbeitete Auflage, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Engelke, Ernst / Spatschek, Christian / Borrmann, Stefan (2016): *Die Wissenschaft Soziale Arbeit. Werdegang und Grundlagen*. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Erath, Peter (2006): *Sozialarbeitswissenschaft. Eine Einführung*. Stuttgart: W. Kolhammer GmbH Stuttgart.

Erler, Michael (2012): *Soziale Arbeit. Ein Lehr- und Arbeitsbuch zu Geschichte, Aufgaben und Theorien*. 8. Auflage, Weinheim / Basel: Juventa.

Finker, Susanna / Eglseider, Hermann / Zahorka, Florian (2017): Sozialarbeit in der Primärversorgung. OBDS (Hg.): Informationsunterlage für Interessierte. http://www.sozialarbeit.at/files/sozialarbeit_in_pv_argumentationsunterlage.pdf [14.04.2018].

Frey, Cornelia (2005): Respekt vor der Kreativität der Menschen. Ilse Arlt: Werk und Wirkung. Opladen: Barbara Budrich Verlag.

Früchtel, Frank / Budde, Wolfgang / Cyprian, Gudrun (2013) (Hg.): Sozialer Raum und Soziale Arbeit. Fieldbook: Methoden und Techniken. 3. Auflage, Wiesbaden: Springer VS.

Galuske, Michael (2013): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 10. Auflage, Weinheim / Basel: Beltz Juventa.

Groenemeyer, Axel (2015): Soziale Probleme. In: Otto, Hans-Uwe / Thiersch, Hans (2015) (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit. 5. Auflage, München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG Verlag, 1499–1514.

Hosemann, Wilfried / Geiling, Wolfgang (2013): Einführung in die Systemische Soziale Arbeit. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG Verlag.

IFSW – International Federation of Social Workers (2012): Statement of Ethical Principles. <http://ifsw.org/policies/statement-of-ethical-principles> [14.04.2018].

Inklusion – Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung (o.A.): Profil. <http://inklusion.fhstp.ac.at/index.php/ueberdasinstitut> [20.03.2018].

Kornmeier, Martin (2016): Wissenschaftlich schreiben leicht gemacht. Für Bachelor, Master und Dissertation. 7., überarbeitete Auflage, Bern: Haupt Verlag.

Kuhlmann, Carola (2007): Alice Salomon und der Beginn sozialer Berufsausbildung. Eine Biographie. Stuttgart: ibidem-Verlag.

Lambers, Helmut (2016): Theorien der Sozialen Arbeit. Ein Kompendium und Vergleich. 3., überarbeitete Auflage, Opladen / Toronto: UTB Verlag Barbara Budrich.

Loch, Ulrike (2015): Soziale Einzelfallhilfe. In: Thole, Werner / Höblich, Davina/ Ahmed, Sarina (2015) (Hg.): Taschenwörterbuch Soziale Arbeit. 2., erweiterte Auflage, Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, 288–289.

Löcherbach, Peter / Puhl, Ria (2016): Einladung zur Sozialen Arbeit. Studium, Beruf und Alltag einer jungen Disziplin. 1. Auflage, Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Maiss, Maria / Pantuček, Peter (2008): Theorie mit Leidenschaft. Ilse Arlt und aktuelle Fragen der Sozialen Arbeit. In: Soziale Arbeit. Zeitschrift für Soziale und sozialverwandte Gebiete. Nr. 6/2008, 202–211. http://inclusion.fhstp.ac.at/downloads/publikationen/publikationen/artl_theorie-leidenschaft.pdf [20.03.2018].

Maly, Dieter (2017): Der Hausbesuch. In: Kreft, Dieter / Müller, Wolfgang C. (2017) (Hg.): Methodenlehre in der Sozialen Arbeit. Konzepte, Methoden, Verfahren, Techniken. 2., überarbeitete Auflage, München: Ernst Reinhardt Verlag, 134–136.

Belardi, Nando (2017): Von der Einzelfallhilfe zum Case-Management. In: Kreft, Dieter / Müller, Wolfgang C. (2017) (Hg.): Methodenlehre in der Sozialen Arbeit. Konzepte, Methoden, Verfahren, Techniken. 2., überarbeitete Auflage, München: Ernst Reinhardt Verlag, 69–78.

OBDS – Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit (o.A.a): Ethische Standards – Berufspflichten für SozialarbeiterInnen des OBDS. http://www.sozialarbeit.at/index.php?article_id=147&clang=0&download=66 [06.02.2018].

OBDS – Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit (o.A.b): Berufsgesetz. http://www.sozialarbeit.at/index.php?article_id=294&clang=0 [06.02.2018].

OBDS – Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit (o.A.c): Handlungsfelder. http://www.sozialarbeit.at/index.php?article_id=100&clang=0 [06.02.2018].

ÖGUT – Österreichische Gesellschaft für Umwelt und Technik (o.A.): Sozialraum und Sozialraumanalysen. <http://www.partizipation.at/sozialraum.html> [15.03.2018].

Röh, Dieter (2013): Soziale Arbeit, Gerechtigkeit und das gute Leben. Eine Handlungstheorie zur daseinsmächtigen Lebensführung. Wiesbaden: Springer VS.

Salomon, Alice (1928): Leitfaden der Wohlfahrtspflege. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Schilling, Johannes / Klus, Sebastian (2015): Soziale Arbeit. Geschichte, Theorie, Profession. 6., vollständig überarbeitete Auflage, München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG Verlag.

Schmid-Noerr, Gunzelin (2012): Ethik in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.

Schuhmacher, Thomas (2013): Lehrbuch der Ethik in der Sozialen Arbeit. Weinheim / Basel: Juventa.

Seithe, Mechthild (2012): Schwarzbuch Soziale Arbeit. 2. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Simon, Maria Dorothea (2010): Probleme der Professionalisierung der Sozialarbeit in Österreich. In: Brandstetter, Manuela / Vyslouzil, Monika (2010) (Hg.): Soziale Arbeit im Wissenschaftssystem. Von der Fürsorgeschule zum Lehrstuhl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 206–219.

Spatschek, Christian (2009): Theorie- und Methodendiskussion. In: Deinet, Ulrich (2009) (Hg.): Methodenbuch Sozialraum. 1. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 33–43.

Spiegel, Hiltrud von (2013): Methodisches Handeln in der Sozialen Arbeit. Grundlagen und Arbeitshilfen für die Praxis. 5., überarbeitete Auflage, München / Basel: Ernst Reinhardt Verlag.

Staub-Bernasconi, Silvia (2007): Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis. Ein Lehrbuch. 1. Auflage, Bern / Stuttgart / Wien: Haupt Verlag.

Staub-Bernasconi, Silvia (2009): Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Systemtheoretische Grundlagen und professionelle Praxis. Ein Lehrbuch. In: Becker-Lenz, Roland / Busse, Stefan / Ehlert, Gudrun / Müller, Silke (2009) (Hg.): Professionalität in der Sozialen Arbeit. Standpunkte, Kontroversen, Perspektiven. 1. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 21–45.

Sting, Stephan (2015): Disziplin und Differenz. Soziale Arbeit in Österreich jenseits disziplinärer Identitätszwänge. In: soziales_kapital, wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschul-studiengänge soziale arbeit, Nr. 14/2015, 194–202. <https://soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/394/678.pdf> [20.03.2018].

Thieme, Nina (2017): Hilfe und Kontrolle. In: Kessl, Fabian / Kruse, Elke / Stövesand, Sabine / Thole, Werner (Hg.): Soziale Arbeit – Kernthemen und Problemfelder. Band 1, Opladen / Toronto: Barbara Budrich, 17–24.

Thiersch, Hans (2013): Perspektiven einer selbstbestimmten Sozialen Arbeit. In: Stender, Wolfram / Kröger, Danny (Hg.): Soziale Arbeit als kritische Handlungswissenschaft. Beiträge zur (Re-)Politisierung Sozialer Arbeit. Hannover: Blumhardt Verlag, 15–36.

Thiersch, Hans / Grunwald, Hans (2014): Lebensweltorientierung. In: Thiersch, Hans (Hg.): Soziale Arbeit und Lebensweltorientierung. Konzepte und Kontexte. Gesammelte Aufsätze. Band 1, Weinheim / Basel: Beltz Juventa, 327–363.

Thole, Werner (2012): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch. 4. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Wendt, Peter-Ullrich (2015): Lehrbuch Methoden der Sozialen Arbeit. Weinheim / Basel: Beltz Juventa.

Wendt, Wolf Rainer (2009): Handlungstheorie der Profession oder Theorie der Wohlfahrt? Erörterung zum Gegenstandsbereich der Wissenschaft Sozialer Arbeit. In: Birgmeier, Bernd / Mührel, Eric (Hg.): Die Sozialarbeitswissenschaft und ihre Theorie(n). Positionen, Kontroversen, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 219–230.

Wendt, Wolf Rainer (2013): Case Management im Gesundheitswesen. In: Luthe, Ernst-Wilhelm (Hg.): Kommunale Gesundheitslandschaften. Gesundheit. Politik – Gesellschaft – Wirtschaft. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 135–149.

Wendt, Wolf Rainer (2017a): Geschichte der Sozialen Arbeit 1. Die Gesellschaft vor der sozialen Frage 1750 bis 1900. 6., überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer VS.

Wendt, Wolf Rainer (2017b): Geschichte der Sozialen Arbeit 2. Die Profession im Wandel ihrer Verhältnisse. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer VS.

Ziegler, Holger (2015): Doppeltes Mandat. In: Thole, Werner / Höblich, Davina / Ahmed, Sarina (Hg.): Taschenwörterbuch Soziale Arbeit. 2., erweiterte Auflage, Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt.

3 Gemeinwesenarbeit

Oliver Auer

Wie bereits im vorangehenden Kapitel angesprochen, wird die **Gemeinwesenarbeit** (GWA) neben der Einzelfallhilfe und der Arbeit mit Gruppen als das dritte Handlungsprinzip der Sozialen Arbeit bezeichnet (vgl. Galuske 2013:77; Stövesand / Stoik 2013:18). Da der Gemeinwesenarbeit sowohl bei der Konzeptionierung als auch im Betrieb eines Gemeinwesenzentrums eine wichtige Rolle zukommt, wird ihr an dieser Stelle besondere Aufmerksamkeit geschenkt. Das Ziel der GWA ist „die Verbesserung der Lebensbedingungen in Sozialen Räumen im Sinne der dort lebenden Menschen“ (Lüttringhaus 2011:277). Sie lässt die Bevölkerung gemeinsame Probleme erkennen, ihre Passivität überwinden und kollektive Kräfte zur Problemlösung entwickeln (vgl. Hinte / Karas 1989:24–25). Das heißt, auch für die Arbeit am Gemeinwesen gilt, dass diese nicht von Fachkräften für die Menschen geleistet wird, sondern dass sie *mit* den Menschen umgesetzt wird. Aber was bedeutet Gemeinwesen überhaupt?

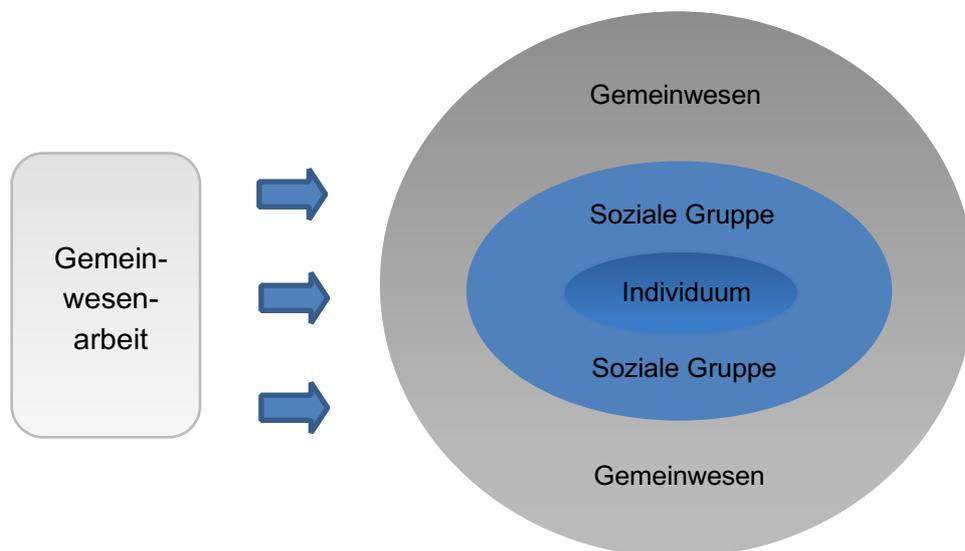


Abbildung 13: Schematische Darstellung Gemeinwesenarbeit; Quelle: eigene Darstellung nach Galuske (2013:106)

Der Begriff „**Gemeinwesen**“ wird je nach Autor und Kontext sehr unterschiedlich verwendet (vgl. Barta 2017). Das vorliegende Handbuch orientiert sich an der Definition der beiden Sozialarbeitswissenschaftler*innen Sabine Stövesand und Christoph Stoik (2013:16), wonach Gemeinwesen „einen sozialen Zusammenhang von Menschen“ dar-

stellt, „der über einen territorialen Bezug (Stadtteil, Nachbarschaft), Interessen und funktionale Zusammenhänge (Organisationen, Wohnen, Arbeit, Freizeit) oder kategoriale Zugehörigkeit (Geschlecht, Ethnie, Alter) vermittelt ist bzw. darüber definiert wird“.

Die Bezeichnung „Gemeinwesenarbeit“ geht dabei auf eine Eindeutschung des englischen Begriffs „community work“ zurück. Hierbei galt es, die im Deutschen emotional behaftete wörtliche Übersetzung von „community“ als „Gemeinschaft“ durch eine sachlich-nüchternere Auslegung zu ersetzen (vgl. Stövesand / Stoik 2013:23).

Entsprechend der vorangehenden Definition von Gemeinwesen kann die Gemeinwesenarbeit über den jeweiligen Bezug in territoriale, funktionale und kategoriale GWA unterschieden werden, wobei diese nicht völlig isoliert voneinander zu betrachten sind: **Territoriale GWA** greift Probleme auf, die im definierten Gebiet weite Teile der Bevölkerung betreffen, beispielsweise durch Siedlungsforen oder in extra zu diesem Zweck ins Leben gerufenen Stadtteilmedien. Die Schnittstellenfunktion zu Politik und Verwaltung spielt eine bedeutende Rolle. **Funktionale GWA** widmet sich bestimmten Themengebieten wie Bildung oder Wohnen. Benachteiligte Bevölkerungsgruppen sollen dazu ermächtigt werden, ihre Rechte durchzusetzen und sich an der Gestaltung des entsprechenden Bereiches zu beteiligen. Da die behandelten Themengebiete oft von öffentlichen Institutionen getragen werden, kommt ihr eine systemstabilisierende Rolle zu. Die **Kategoriale GWA** konzentriert sich auf bestimmte Personengruppen, die Benachteiligung erfahren, wie z.B. Jugendliche, Senior*innen oder Migrant*innen. Die Betroffenen werden dabei unterstützt, (wieder) möglichst uneingeschränkt am Gemeinwesen teilzunehmen. Dies kann z.B. durch den Betrieb soziokultureller Einrichtungen oder die Planung und Errichtung von Räumen zur Freizeitgestaltung erreicht werden (vgl. Boulet / Krauss / Oelschlägel 1980:298ff; zit.n. Holubec 2005:o.A.).

GWA will Partizipation im Gemeinwesen erwirken und die Bevölkerung im Sinne des Empowerment-Konzepts (siehe Kapitel 4.3) zur Verantwortungsübernahme befähigen. Sie ist in der Regel lösungsorientiert und setzt dabei auf multiprofessionelle Zugänge. Um ihre Ziele zu erreichen, wirkt sie nicht im stillen Kämmerlein, sondern ist stets darauf bedacht, öffentlich wahrgenommen zu werden (vgl. Heimgartner 2009:14-15).

Dabei ist Gemeinwesenarbeit nicht als klar abgegrenztes Prinzip, sondern viel mehr als Sammelbegriff verschiedener Konzepte zu verstehen. Zugänge wie Milieuarbeit, stadtteilbezogene Soziale Arbeit oder Netzwerkarbeit orientieren sich am Gemeinwesen und stehen dennoch für sich. Mit dem Einzug der Lebensweltorientierung (siehe Kapitel

2.6.1) und der sozialräumlichen Perspektive (siehe Kapitel 3.4) in die Soziale Arbeit werden die objektiven Umstände heute generell stärker berücksichtigt, als in der Entstehungszeit der theoretischen GWA-Grundlagen. Deshalb sind GWA-Ansätze mittlerweile in den meisten Handlungsfeldern Sozialer Arbeit (siehe Kapitel 2.7) zu finden, wobei sie oft nicht als solche titulierte werden (vgl. Holubec 2005:o.A.).

Basierend auf den im Anschluss folgenden Leitstandards von Maria Lüttringhaus (2011) und der theoretischen Vorarbeit von Dieter Oelschlägel (2001), beide führende GWA-Theoretiker*innen, definieren Stövesand und Stoik (2013:21) Gemeinwesenarbeit wie folgt:

„Gemeinwesenarbeit richtet sich ganzheitlich auf die Lebenszusammenhänge von Menschen. Ziel ist die Verbesserung von materiellen (z.B. Wohnraum, Existenzsicherung), infrastrukturellen (z.B. Verkehrsanbindung, Einkaufsmöglichkeiten, Grünflächen) und immateriellen (z.B. Qualität sozialer Beziehungen, Partizipation, Kultur) Bedingungen unter maßgeblicher Einbeziehung der Betroffenen. GWA integriert die Bearbeitung individueller und struktureller Aspekte in sozialräumlicher Perspektive. Sie fördert Handlungsfähigkeit und Selbstorganisation im Sinne von kollektivem Empowerment sowie den Aufbau von Netzwerken und Kooperationsstrukturen. GWA ist somit immer sowohl Bildungsarbeit als auch sozial- bzw. lokalpolitisch ausgerichtet.“

Die Abgrenzung der GWA zum zivilgesellschaftlichen Engagement (siehe Kapitel 4.2) erfolgt dadurch, dass die Prozesse der Aktivierung durch gezielte Beratung und Unterstützung von Professionalist*innen der Sozialen Arbeit angeregt und gefördert werden (vgl. Galuske 2013:107). Im Sinne der Interdisziplinarität des Konzeptes können und sollen aber auch Fachkräfte anderer Professionen GWA-Prozesse begleiten.

3.1. Leitstandards der Gemeinwesenarbeit

Trotz oder gerade wegen dieser verschiedenen Zugänge zur Arbeit am und mit dem Gemeinwesen, formulierte Maria Lüttringhaus (2011:278-280) die bereits erwähnten, verbindlichen und konzeptübergreifenden Leitstandards für die GWA, die im Folgenden zusammengefasst sind:

■ Zielgruppenübergreifendes Handeln

Die Herangehensweise der GWA ist sozialraumbezogen und inkludiert möglichst alle im Arbeitsfeld wirkenden Akteur*innen. Dennoch ist eine zwischenzeitige Arbeit auf Gruppen- oder Einzelfallebene im Sinne einer Methodenintegration nicht ausgeschlossen.

- Orientierung an den Bedürfnissen und Themen der Menschen

Die GWA greift jene Themen auf, die von den Menschen vor Ort für wichtig erachtet werden und setzt an der Motivation der Betroffenen an, Veränderung herbeizuführen.

- Förderung der Selbstorganisation und Selbsthilfekräfte

Menschen werden aktiviert und unterstützt, Dinge selbst anzupacken. Gemeinwesenarbeiter*innen begleiten diese Prozesse und nehmen dabei eine subsidiäre Rolle ein. Sie arbeiten mit den und nicht für die Bewohner*innen.

- Nutzung der vorhandenen Ressourcen

GWA nutzt vorhandene materielle und immaterielle Ressourcen auf allen Ebenen. Sie hilft dabei Ressourcen auf institutioneller Ebene nutzbar zu machen, indem sie Zugang zu ihnen verschafft. Dies geschieht durch Know-how im Überwinden bürokratischer Hürden und die Nutzbarmachung von Wegen, die Anliegen aus der Bevölkerung zu einer Behandlung auf (lokal-)politischer Ebene verhelfen.

- Ressortübergreifendes Handeln

Die Lebensbedingungen im sozialen Raum umfassen verschiedene Themengebiete von Gesundheit und Erholung über Kultur und Freizeit hin zu Wohnen und Verkehrsplanung. GWA sucht und fördert bereichsübergreifende Kooperation und setzt auf Synergieeffekte. Sie ist ein „integraler Bestandteil einer kommunalpolitischen Strategie, die sich [...] auf soziale Räume bezieht“ (Lüttringhaus 2011:280).

- Vernetzung und Kooperation

Netzwerkarbeit ist in der GWA ein Mittel, um gemeinschaftlich Lösungen zu finden. Hierfür gilt es, bereits vorhandene themenbezogene Plattformen zu stärken und neue zu schaffen, wo dies sinnvoll erscheint. Neben der Vernetzung der im Sozialraum agierenden Professionist*innen und der Förderung des Austausches zwischen Institutionen und Bürger*innen gilt es, die Kommunikation der Bevölkerung untereinander zu stimulieren. Dies geschieht durch die Bereitstellung einer Infrastruktur, die niederschwellig Sozialkontakte ermöglicht.

3.1 Historische Entwicklung der Gemeinwesenarbeit

Schon bevor in der Literatur der Begriff „Gemeinwesenarbeit“ verwendet wurde, gab es vor allem im angloamerikanischen Raum Handlungsansätze, die sich auf die Ebene des Gemeinwesens konzentrierten und bereits viele Aspekte der späteren GWA beinhalten. So hatte es sich die sogenannte „*Settlement-Bewegung*“ zum Ziel gemacht, in benachteiligten Wohngebieten eine nachhaltige Verbesserung der Infrastruktur herbeizuführen. Dies sollte nicht primär durch Geldspenden, sondern durch die investierte Zeit gut ausgebildeter Menschen geschehen, die zu diesem Zweck (meist vorübergehend) in

schlechter gestellte Stadtteile zogen und die örtlichen Bewohner*innen zur Selbsthilfe befähigen sollten (vgl. Malleier 2005:16, Müller 2013:37-38).

3.1.1 Die Settlement-Bewegung als Vorläufer

Den Grundstein für die Settlement-Bewegung legten **Henrietta und Samuel Barnett** im Londoner Stadtteil Whitechapel mit der **Toynbee Hall**. Das Pfarrersehepaar gründete im Jahr 1883 einen Verein, in dem sich Jungakademiker*innen dazu verpflichteten, für einen Zeitraum in die vereinseigene Wohngemeinschaft zu ziehen und einen Teil ihrer Arbeitszeit dafür aufzuwenden, die sozialen und kulturellen Verhältnisse im Viertel und damit die Lebensqualität und die Perspektiven der lokalen Bevölkerung zu verbessern (vgl. Müller 2013:38). Benannt wurde die im Folgejahr eröffnete Einrichtung schließlich nach Arnold Toynbee, einem regelmäßigen Besucher des Armenviertels, der in Whitechapel einiges an Vorarbeit für das Projekt geleistet hatte (vgl. Malleier 2005:15). Die Bezeichnung „**Settlement**“ sollte den Pioniergeist der in der Regel männlichen Ärzte, Lehrer und Anwälte unterstreichen, die mit diesem Vorhaben quasi in eine für sie unbekannte Welt eintauchten. Zumindest aus Sicht der dort niedergelassenen Akademiker unterschied sich ihre Arbeit grundlegend von der zu dieser Zeit üblichen Mildtätigkeit der begüterten Oberschicht. Samuel Barnett nannte es eine „doppelte Durchdringung“, in deren Rahmen sowohl die Bewohner*innen der Hall als auch die lokale Bevölkerung vom jeweiligen Gegenüber profitieren würden (vgl. Müller 2013:38).

Trotz der immer wieder aufkeimenden Kritik, dass derartige Settlements der lokalen Bevölkerung die Vorstellungen der Mittelschicht von Kultur aufzwingen würden (vgl. Malleier 2005:22), verbreitete sich die Idee rasch, und zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurden alleine in England 42 derartige Einrichtungen dokumentiert (vgl. ebd.:18).

Die Vision eines „großen Hauses“, das „den armen Nachbarn offen steht“ (Müller 2013:37), teilte auch **Jane Addams**, die als eine zentrale Figur der Theoriegeschichte wissenschaftsgestützter Sozialer Arbeit gilt. Sie war eigens aus den USA nach London gereist, um die Toynbee Hall zu besichtigen. Beeindruckt von der Arbeit der Barnetts machte sie sich mit ihrer Studienkollegin **Ellen Starr** daran, auch in Chicago eine derartige Einrichtung aufzubauen. Im Gegensatz zur Toynbee Hall sollten es im **Hull House** vornehmlich Frauen sein, die den Einwohner*innen des Viertels ihr akademisch angeeignetes Wissen zur Verfügung stellen. Anfangs als Bildungseinrichtung gedacht, lehrte die praktische Arbeit die Frauen mit der Zeit, dass die Bewohner*innen eher Möglichkeiten zur Selbstorganisation benötigten als Bildung im klassischen Sinn. Die Frauen des

Hull House stellten der sozialen Einzelfallhilfe das „Konzept der Verbesserung von Lebens- und Arbeitsbedingungen durch tätige und häufig auch aggressive Selbsthilfe und Selbstorganisation im Stadtteil und am Arbeitsplatz“ (ebd.:50) entgegen. Als weitere Besonderheit des Hull House ist hervorzuheben, dass Jane Addams und ihre Kolleginnen umfangreiche wissenschaftliche Arbeiten durchführten und die Ergebnisse in den „Hull House Maps und Papers“ penibel dokumentierten (vgl. Müller 2013:37-51).

Die sozialreformerische Settlement-Bewegung hinterließ auch in Österreich ihre Spuren. So wurde im Jahr 1901 in Wien der „Verein Settlement“ gegründet, der mit dem **Ottakringer Settlement** eine gut dokumentierte Einrichtung schuf. In der Literatur wird jedoch betont, dass darin nicht der Keim der österreichischen GWA gesehen werden sollte. Vielmehr handelte es sich bei dieser Institution lediglich um *einen* aus einer Vielzahl von in Wien tätigen Wohltätigkeitsvereinen. Dieser hatte noch dazu eine klare Vorstellung davon, was den Armen Ottakrings fehlte und wie ihnen geholfen werden müsse, womit kaum von Gemeinwesenarbeit im Sinne der Theorie gesprochen werden kann (vgl. Melinz 2000:15; Schnee 2009:22).

3.1.2 Community Organizing und Community Development

Die Wurzeln der Gemeinwesenarbeit, wie wir sie heute kennen, liegen in den USA. Das Handlungsprinzip handelt sich entlang zweier Entwicklungsstränge: *Community Organizing* und *Community Development*.

Das Konzept **Community Organizing** sollte benachteiligte (in der Regel migrantische) Bevölkerungsgruppen in die Gesamtgesellschaft integrieren und sie dabei unterstützen, eine Verbesserung der Infrastruktur in urbanen Gebieten einzufordern. **Community Development** wurzelt hingegen im ländlichen Raum. Darunter verstand man ursprünglich Prozesse, die die Besiedelung des Mittleren Westens der USA „erwachsenenpädagogisch“ begleiten und die Siedler*innen durch landwirtschaftliche Hochschulen auf ihr neues Leben vorbereiten bzw. durch die Neuorganisation eines lokalen Gemeinwesens geleiten sollten (vgl. Galuske 2013:103; Müller 2013:206). Eine wichtige Rolle nahm dabei die Koordination der Sozialen Dienste ein, da sich das Sozialsystem der USA größtenteils durch Spenden finanziert. Ein weiterer bedeutender Aspekt im Gemeinwesen ruraler US-amerikanischer Siedlungsgebiete stellt die Nachbarschaftshilfe dar, durch die das Fehlen öffentlicher Dienstleistungen kompensiert wurde und die im Rahmen der Community Development Programme gestärkt werden sollte (vgl. Müller 2013:207-208).

Der Begriff „Community Organisation“ hielt in den 1950er-Jahren erstmals Einzug in den deutschsprachigen Sozialarbeitsdiskurs, blieb aber vorerst eher unbemerkt. Erst durch die Dynamik der sozialen Reformbewegungen in den späten 1960er-Jahren erhielten erste integrative und wohlfahrtstaatliche Gemeinwesenarbeitskonzepte (siehe Kapitel 3.1.3) breitere Aufmerksamkeit (vgl. Galuske 2013:103).

„Community Organizing“ hält sich auch heute noch als Form der Bürger*innenbeteiligung. In derartigen Zusammenschlüssen arbeiten Menschen an der Verbesserung von Situationen, die sie selbst als problematisch erachten. Im Unterschied zu Bürger*inneninitiativen, die sich in der Regel einem Thema widmen, mit dem sie erfolgreich oder sieglos wieder verschwinden, ist Community Organizing auf Dauer angelegt. Die zentrale Tätigkeit liegt dabei im Netzwerken bzw. Lobbying, wobei sich ein derartiger Zusammenschluss über mehrere Quellen und nicht vorwiegend aus der öffentlichen Hand finanziert, um die politische Unabhängigkeit und Konfliktfähigkeit zu gewährleisten (vgl. Häcker 2012).

3.1.3 Konzepte der Gemeinwesenarbeit

Gemeinwesenarbeit ist immer im Kontext der gesamtgesellschaftlichen Verhältnisse und des jeweils vorherrschenden Zeitgeistes zu sehen (vgl. Stövesand / Stoik 2013:17). In den für die GWA besonders fruchtbaren 1970er-Jahren wurden radikalere Ideen verfolgt als dies in gegenwärtigen Auslegungen der Fall ist. Wolfgang Hinte und Fritz Karas (1989:13–28), die 1989 mit ihrem „Studienbuch Gruppen- und Gemeinwesenarbeit“ einen viel zitierten Klassiker der GWA-Literatur veröffentlichten, unterscheiden vier, zum Teil stark differierende, Konzepte von Gemeinwesenarbeit:

■ Wohlfahrtsstaatliche Gemeinwesenarbeit

Die Wohlfahrtsstaatliche Gemeinwesenarbeit hat sich zum Ziel gesetzt, das bestehende Dienstleistungsangebot eines bestimmten Gebietes zu verbessern. Die Selbstermächtigung der Bewohner*innen ist dabei nebensächlich. Vielmehr gilt es, die gesellschaftliche Ist-Situation mit dem bestehenden Hilfeangebot abzugleichen, Anstöße zur Anpassung zu leisten, dienstleistende Institutionen zu vernetzen und die Bevölkerung in eingeschränktem Maße mitentscheiden zu lassen, wie sie versorgt werden soll.

■ Integrative Gemeinwesenarbeit

„Integration“ steht im Zentrum des GWA-Konzepts von Murray George Ross (1971). Seiner Ansicht nach ist der gesellschaftliche Rahmen, wie ihn die (US-amerikanische) Demokratie vorgibt, zufriedenstellend, und Macht und Herrschaft sind gerecht verteilt.

Allerdings mangle es der Bevölkerung an Kreativität und Möglichkeit, den durch die Verfassung garantierten Freiraum auszufüllen. Ziele seines GWA-Konzeptes sind ein höherer Identifizierungsgrad der Bewohner*innen mit dem Gemeinwesen, erhöhtes Interesse an gemeinschaftlichen Agenden und ein gemeinsamer Wertekanon inklusive Möglichkeiten zu dessen Verwirklichung. Die Aufgabe der Gemeinwesenarbeiter*innen liegt darin, Unzufriedenheit in der Bevölkerung zu kanalisieren und in Produktivität umzuwandeln.

Der bereits 1960 in den Niederlanden von Jo Boer veröffentlichte und 1970 von Kurt Utermann übersetzte Text „Gemeinwesenarbeit – Community Organisation – Opbouwwerk – Einführung in Theorie und Praxis“ stellt das erste umfassende Werk zur Gemeinwesenarbeit in deutscher Sprache dar. Die Arbeit des Soziologen Murray G. Ross dient in weiten Teilen als Basis, wobei Boer sein GWA-Konzept für europäische Verhältnisse adaptierte (vgl. Troxler 2013a:58).

■ Aggressive Gemeinwesenarbeit

Aggressive Gemeinwesenarbeit möchte durch einen solidarischen Zusammenschluss benachteiligter Bevölkerungsgruppen eine Veränderung der Machtverhältnisse im Sozialraum zu ihren Gunsten erwirken. Der Aufbau von Gegenmacht soll in erster Linie durch öffentlichkeitswirksame Protestformen erlangt werden (vgl. Hinte / Karas 1989:17-23). Als wichtigste Vertreter dieses Ansatzes gelten Saul Alinsky und Harold Specht (vgl. Müller 2013:214-218).

■ Katalytische/aktivierende Gemeinwesenarbeit

„Der Gemeinwesenarbeiter sollte – als Katalysator – Prozesse bei Stadtbewohnern anregen, in deren Verlauf sie sich ihrer Situation bewußt werden und ihre Bedingungen entsprechend ihren Interessen ändern sollten. Der Professionelle sollte dabei lediglich anregen und bei Bedarf unterstützen.“ (Hinte / Karas 1989:23)

Ein zentrales Element der katalytischen bzw. aktivierenden Gemeinwesenarbeit ist die in der Bürger*innenbewegungsidee wurzelnde Gruppenselbsthilfe. Das Setzen von Anreizen zur Eigeninitiative, sowie die Vernetzung aktiver und hilfeschender Bürger*innen und die Bereitstellung einer zentralen Anlaufstelle, für Rat und Hilfe suchende Menschen stehen im Zentrum dieses Konzeptes. Mitgestaltungsmöglichkeiten im direkten Lebensumfeld sollen den Selbstwert stärken und dadurch zu weiterem gesellschaftlichen Engagement motivieren. Damit soll auch eine stärkere politische Partizipation der Bevölkerung erreicht werden. Gemeinwesenarbeit soll diese Möglichkeiten schaffen und selbstbestimmtes Handeln fördern.

3.1.4 Anfänge der GWA in Österreich

In Österreich wird Gemeinwesenarbeit als solches seit den 1970er-Jahren betrieben (vgl. Melinz 2000:22-23; Sing 2013:213). Im urbanen Raum tat sich in diesem traditionell interdisziplinär besetzten Feld die Soziale Arbeit neben Architektur und Raumplanung als führende Disziplin hervor. Besonders in Wien entstanden einige Organisationen und Einrichtungen die bis heute mit GWA-Ansätzen arbeiten. So wurde im Jahr 1974 die

Gebietsbetreuung Stadterneuerung, kurz GB*, im Zuge der sogenannten „sanften Stadterneuerung“ tätig, 1980 begann das Wiener Hilfswerk in verschiedenen Wiener Bezirken **Nachbarschaftszentren** zu eröffnen (siehe Kapitel 3.4.1) (vgl. Sing 2013:213-214).

In den 1980er-Jahren initiierten GWA-Pionier*innen in zwei problembehafteten Stadtrandsiedlungen Wiens die systematische Vernetzung der verschiedenen im Gemeinwesen tätigen Organisationen und Personen. Die Palette reicht von in der Jugendarbeit tätigen Vereinen, Vertreter*innen von Bürgerinitiativen, über Mietervertreter*innen und Schuldirektor*innen hin zur örtlichen Pfarre und der Polizei. Ziel der Netzwerke war und ist es auch noch heute, „den Stadtteil zu beleben, Krisenplätze (nicht nur im räumlichen Sinne) zu entschärfen und in ihrer Zahl zu verringern, Ressourcen effizient zu nutzen und das Lebensumfeld für und mit den Bewohner*innen zu verbessern“ (Schnee 2000:97). In Folge vernetzten sich über die ganze Stadt verteilt derartige „**Regionalteams**“, um sich über Entwicklungen und Geschehnisse in Bezirk oder Grätzeln auszutauschen. Sie stellen bis heute das „Immunsystem der Stadt“ dar (ebd.:109). In der Entstehungsgeschichte der Regionalteams spielte das Stadtteilzentrum **Bassena am Schöpfwerk** eine wichtige Rolle, das 1983 eröffnet wurde.

Bereits in den 1970er-Jahren entstanden auch im ländlichen Raum einige Organisationen und Initiativen, die in ihrem Tun der Gemeinwesenarbeit zuzuordnen sind, wie zum Beispiel die Österreichische Bergbauernvereinigung (vgl. Geser 2013:287). **Dorferneuerungsprozesse** wurden initiiert (vgl. ebd.), die sich in Niederösterreich im „Verein NÖ Dorf- und Stadterneuerung – Gemeinschaft der Dörfer und Städte“ institutionalisierten und durchwegs mit gemeinwesenorientierten Ansätzen operieren.

Auch wenn bedeutende Aspekte der Gemeinwesenarbeit in ländlichen Entwicklungsprozessen häufig zum Tragen kommen, wurde der Begriff GWA im ruralen Raum bisher eher selten gebraucht. Die Ausrichtung ländlicher GWA-Projekte unterschied sich bisher zumeist durch die vornehmlich ökonomischen Ziele von den urbanen Ansätzen. So machte der Salzburger GWA-Vorreiter Anton Rohrmoser (2000; 2004) in den 1980ern mit seiner Arbeit im Rahmen der „**Eigenständigen Regionalentwicklung**“ auf sich aufmerksam. Diese kann als deutschsprachige Variante des Community Development (siehe Kapitel 3.1.1) angesehen werden. Für Rohrmoser, der sich stark an der Befreiungspädagogik Paolo Freires (1996) orientierte, muss ökonomische Regionalentwicklung immer in Zusammenhang mit einer „sozialen, kulturellen und demokratiepolitischen Entwicklung“ gesehen werden (vgl. Stoik 2013:77). Um der lokalen Ökonomie auf die

Sprünge zu helfen, reicht es also seiner Meinung nach nicht, Betriebe zu gründen, vielmehr geht es auch um Einstellungen, Identifikation und Bedürfnisse der Bevölkerung vor Ort.

3.2 Werkzeuge der Gemeinwesenarbeit

Als methodenintegratives Konzept verfügt die Gemeinwesenarbeit über eine Fülle von Werkzeugen, über deren Anwendung letztendlich die Anforderungen des zu behandelnden Problems entscheiden. Es geht dabei weniger um die technokratisch saubere Umsetzung von Moderations-, Diskussions- oder Bürger*innenbeteiligungsmethoden als um die passgenaue Adaption des jeweiligen Instrumentes an die vorherrschende Situation. Das Instrumentarium der Sozialen Arbeit hat sich den Problemlagen der Bürger*innen unterzuordnen (vgl. Hinte / Karas 1989:78). Ein Blick auf die laut Deutscher Gesellschaft für Sozialarbeit erforderlichen Kompetenzen für Gemeinwesenarbeiter*innen hilft dabei, eine Vorstellung über die Bandbreite der zur Umsetzung nötigen Werkzeuge zu gewinnen:

„Methoden der Gemeinwesenerhebung, Stadtteilbegehung, Datenanalyse, Dokumentation, Auswertung und Präsentation, Planungs- und Beteiligungsverfahren, Aktivierungsmethoden, Gruppengründung und -begleitung, Verhandlungsführung, intermediäre Kompetenz, Aufbau von Netzwerken, professionelle, interkulturelle Kommunikation.“ (DGSA o.A.; zit.n. Stoik 2005:10)

Eine kleine Auswahl an GWA-Werkzeugen soll im Folgenden zur weiteren Veranschaulichung einführend vorgestellt werden:

■ Aktivierende Befragung

Die Methode der Aktivierenden Befragung basiert, angelehnt an die Aktionsforschung (siehe Kapitel 10.2) auf der Annahme, dass ein Interview bereits Teil des Aktivierungsvorganges ist. Ihr liegt ein acht Phasen umfassender Vorgangsplan zugrunde, der nicht mit der Auswertung der Ergebnisse, sondern mit der darauffolgenden Bildung von Aktionsgruppen und deren Begleitung endet. In der Aktivierenden Befragung werden die Interviewpartner*innen dazu angeregt, sich Gedanken zu Problemen in ihrem Gemeinwesen und gleichzeitig Lösungsvorschläge zu machen. In der Regel geschieht dies durch drei Fragen, die in etwa derart gestaltet sind: Wie finden Sie es hier in...? Was könnte man verändern? Was könnten Sie dazu beitragen? Ziel ist es, neben dem Informationsgewinn durch persönliche Sichtweisen, Eigeninteressen und individuellen Ressourcen mit den Betroffenen Veränderungen in ihrem Lebensumfeld zu erreichen. Die

erste persönliche Kontaktaufnahme durch das Interview ist bereits Teil dieser Aktivierungsarbeit (vgl. Lüttringhaus / Richers 2013).

■ Öffentlichkeitsarbeit

Gemeinwesenarbeit interagiert mit der Öffentlichkeit. Auch die oben erwähnte Aktivierende Befragung kann als eine solche Interaktion mit der Öffentlichkeit verstanden werden (vgl. Stoik 2013). Wie bereits zu Beginn des Kapitels angesprochen, ist Gemeinwesenarbeit stets darum bemüht, öffentlich wahrgenommen zu werden. Besonders im Community Organizing (siehe Kapitel 3.1.1) wird diese öffentliche Wahrnehmung gezielt zur Durchsetzung von Interessen genutzt. Stoik (2013:441) unterscheidet außerdem zwischen Methoden, „in denen Interessen geklärt und organisiert werden“ wie der Bürger*innenversammlung, „Methoden zum Zwecke der Veröffentlichung“ wie Grätzelmedien oder Infotische sowie „Methoden der Aus- und Verhandlung“ wie z.B. der Runde Tisch. Gemeinwesenarbeiter*innen müssen deshalb über eine gewisse Medienkompetenz verfügen.

■ Großgruppenarbeit

Für die Arbeit mit Großgruppen wurden unterschiedliche Methoden entwickelt. Exemplarisch wird an dieser Stelle neben dem in Kapitel 11.7.1 beschriebenen „**World Café**“ einführend die Methode „Open Space“ vorgestellt. Grundsätzlich sei gesagt, dass die Arbeit in Großgruppen bereits bei der Mobilisierung der Teilnehmer*innen beginnt. Es ist ratsam, schon in dieser Phase eine Kleingruppe Betroffener miteinzubeziehen, da dies Kommunikationsnetze öffnet. Die Teilnahme an derartigen Veranstaltungen erfolgt in der Regel freiwillig und die Bürger*innen müssen gewillt sein, mehrere Stunden intensiv an einem Thema zu arbeiten (vgl. Troxler 2013b:405–406).

Auch die Methode **Open Space** (Owen 2001) steht am Beginn eines längeren Arbeitsprozesses. Sie eignet sich, um ein komplexes Anliegen in kurzer Zeit von einer großen Anzahl beteiligter Personen bearbeiten zu lassen und diese auf eine längerfristige Auseinandersetzung mit einzelnen Aspekten des Themas einzuschwören. Dies geschieht möglichst selbstverantwortlich und selbstorganisiert. Im Plenum werden Anliegen zu einem angekündigten Generalthema gesammelt. In der so genannten Marktphase ordnen sich die Teilnehmer*innen einem der gesammelten Unterthemen zu. Darauf folgt die Gruppenphase, in der die Anliegen bearbeitet werden. Der*die ursprüngliche Einbringer*in des jeweiligen Anliegens protokolliert die Ergebnisse, die im Anschluss im Plenum

präsentiert und deren weitere Umsetzung geplant wird (vgl. Petri 2011:183; Troxler 2013b:408-409).

■ Netzwerkarbeit

Netzwerkarbeit wurde mittlerweile zu den Leitstandards der Gemeinwesenarbeit erhoben (siehe Kapitel 3.1), wobei ihre bedeutende Rolle erst in neueren Ansätzen wie dem Stadtteil- und Quartiersmanagement derart stark betont wird (vgl. Zychlinsky 2013:432). Für die Soziale Arbeit an sich gehört die Arbeit mit sozialen Netzwerken ohnehin zu den Kernaufgaben, da professionelle Hilfesysteme erst da einspringen, wo die „natürlichen“ Netzwerke von Menschen keine adäquate Unterstützung mehr leisten (vgl. Pantuček 2010:o.A.). Aufgrund der im Zuge dieser Arbeit immer wieder thematisierten großen Bedeutung von Vernetzung und Netzwerkpflege wird dem Thema auch an dieser Stelle etwas mehr Aufmerksamkeit geschenkt.

Gemeinwesenarbeit fördert Vernetzung auf allen Ebenen und übernimmt eine Drehscheibenfunktion für die lokale Bevölkerung. Zur Erfüllung dieser Aufgaben sucht sie überall nach Verbündeten und betreibt systemisches Management an den Schnittstellen der verschiedenen gesellschaftlichen Subsysteme (vgl. Lüttringhaus 2011:277).

Gabriele Gerhardter (1998:49–61) unterscheidet aus sozialarbeitswissenschaftlicher Perspektive zwischen **sozialen Netzwerken** und **Organisationsnetzwerken**. Beide verdienen im Kontext der Konzipierung eines Gemeinwesenzentrums Beachtung. Gerhardter (ebd.:57-60) nennt in Anlehnung an den Sozialpsychologen Frank Nestmann (1989:116) folgende Ansatzpunkte „**netzwerkorientierter Intervention**“ (ebd.:57):

- „Verbesserung der Unterstützung und Versorgung in den existierenden alltäglichen sozialen Netzwerken von Menschen“ (ebd.), meist durch Netzwerkmanagement.
- „Entwicklung und Förderung von Unterstützungsbezügen“ (ebd.), durch die Neuschaffung künstlicher Netzwerke. Selbsthilfegruppen können durch Betroffene oder Professionelle initiiert werden. Die Soziale Arbeit unterstützt bei der Aktivierung, Initiierung und Stabilisierung derartiger Aktivitäten (siehe Kapitel 2).
- „Ausweitung größerer sozialer Beziehungssysteme“ (ebd.:58) durch die Schaffung eines netzwerkförderlichen Klimas. Gemeindebezogene Erweiterungen von Netzwerkstrategien, so genannten „community support systems“, sollen
 - „ein Bewusstsein für die Stärken einer Gemeinde oder Nachbarschaft und ihre Bedürfnisse schaffen, die sozialen Gruppen und die Laienpotentiale, aber

auch die professionellen Hilfe- und Versorgungsnetzwerke stärken, beide [...] verknüpfen und schließlich diese Verknüpfung auch auf der Makroebene der politischen und gesellschaftlichen Einflussnahme für bessere Lebensbedingungen und bessere Versorgung der Bevölkerung [...] aktivieren.“ (Nestmann 1989:118; zit.n. Gerhardter 1998:58)

- Anknüpfungspunkte über pädagogische/beraterische Interaktionen in den verschiedenen Bevölkerungsgruppen, um ein Bewusstsein für die Ressourcen sozialer Unterstützung besser zu erkennen, diese zu erschaffen und selbst einen Beitrag zu Aufbau und Pflege von Systemen gegenseitiger Hilfe zu leisten.
- „Stärkung der Netzwerkorientierung professioneller Versorgungssysteme in der Gemeinde“ (Gerhardter 1998:58) und eine Sensibilisierung gegenüber bzw. eine Aufforderung zur verstärkten Nutzung von bestehenden informellen Netzwerken.
- Schaffung von Schnittstellen zwischen professionellen und nicht-professionellen Netzwerken, auch als „linkage“ bezeichnet (ebd.:59).
- Mitgestaltung eines Umfeldes, das die Entstehung und Aufrechterhaltung von Netzwerken fördert.
- „Stützung der UnterstützerInnen“ (ebd.), durch die gesellschaftliche Anerkennung unbezahlter Arbeit am Menschen.

Einen Überblick über verschiedene Analyse- und Interventionsmethoden sozialarbeiterischer Netzwerkarbeit gibt Peter Pantuček (2010), Experte für Soziale Diagnostik.

Organisationen interagieren mit verschiedenen Umfeldern. Eine gut funktionierende Vernetzung jenes Umfeldes, in dem Kontakt mit anderen Organisationen unterschiedlich hohen Organisationsgrades erfolgt, ist für Gemeinwesenarbeiter*innen, die der lokalen Bevölkerung ein möglichst breites Problemlösungspotenzial eröffnen sollen, von besonderer Bedeutung. Sie übernehmen hierbei die Rolle jener Organisation, „die aktiv die Neuschaffung von Professionsnetzwerken initiiert und viel Engagement und Know-how in die Stabilisierung von Kooperationstätigkeiten legt“ (Gerhardter 1998:63-64). Dabei stößt das „linkage“ professioneller und nicht-professioneller Organisationsnetzwerke und sozialer Dienstleister*innen immer wieder auf die Herausforderung, dass die relevanten Organisationen durch unterschiedliche historische Wurzeln, gegensätzliche Ideologien oder schlicht persönliche Unstimmigkeiten zwischen Einzelpersonen zu einem komplexen Knäuel aus Kooperation, Konkurrenz und Konflikten verwoben sind. Ein Patentrezept für gelungene Netzwerkarbeit liegt aufgrund der individuell sehr unterschiedlichen Sachlagen und Netzwerkbeschaffenheiten nicht vor. Vielmehr ist im Umgang mit diesem Problem „Maßarbeit“ (ebd.:69) gefordert, die wiederum auf Organisationsebene ein klares Bekenntnis zur Netzwerkarbeit und die Bereitstellung entsprechender (personeller) Ressourcen voraussetzt (vgl. ebd.:60-69).

3.3 Von der GWA zur Sozialraumorientierung und zurück

Mit den gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen veränderte sich auch das Wirken der Gemeinwesenarbeit. Ansätze der GWA wurden in das Konzept der „Stadtteilbezogenen Sozialen Arbeit“ (Hinte / Metzger-Preziger / Springer 1982) integriert. Daraufhin wurde eine Umorientierung der GWA, weg von der parteiergreifenden fordernden Kraft, hin zu einer moderierenden „intermediären Instanz“ (Hinte 1994) gefordert, die zwischen den Bewohner*innen eines Stadtteils, den lokalen Wirtschaftstreibenden und politischen Akteuren vermittelt (vgl. Blandow / Knabe / Ottersbach 2012:10).

Wolfgang Hinte (2011) führt zu Beginn der 1990er-Jahre auch den Begriff des Stadtteilmanagements in die Debatte ein, um die Interdisziplinarität des Handlungsfeldes zu betonen. Das Konzept des Stadtteilmanagements trägt nach wie vor klare Züge der Gemeinwesenarbeit. Es agiert „quartiersbezogen, prozesshaft und bewohnerorientiert“ (Alish 1998:13). Alle Tätigkeiten gehen von im Stadtteil vorhandenen Ressourcen aus und knüpfen an die Potenziale der Bewohner*innen an. Es gibt keinen „Idealstadtteil“, viel mehr orientiert sich der Handlungsansatz am vorherrschenden Milieu und den vorhandenen baulichen Voraussetzungen, um Lösungen nach Maß zu schneiden. Der Unterstützung von Aushandlungsprozessen, der Vernetzungsarbeit und der Partizipation der lokalen Bevölkerung kommen besondere Bedeutung zu (vgl. ebd.). In Wien wird Stadtteilmanagement gegenwärtig bevorzugt in Neubaugebieten als Instrument der Stadtentwicklung eingesetzt.

Mit dem Aufkommen des Konzeptes der sozialraumorientierten Arbeit (siehe Kapitel 2.6) wird die Gemeinwesenarbeit begrifflich weiter in den Hintergrund gedrängt, da die Ausdrücke häufig synonym verwendet werden (vgl. Heimgartner 2009:10; Stoik 2011:o.A.). Hierbei handelt es sich jedoch um eine Unschärfe, da Arbeitsweisen der Gemeinwesenarbeit vielmehr als Teil der sozialraumorientierten Arbeit zu betrachten sind.

Auch wenn mit dem Vorrang aktivierender Arbeit, der Ressourcenorientierung, der zielgruppen- und bereichsübergreifende Arbeit sowie der Betonung der Vernetzungsarbeit die Prinzipien des Fachkonzeptes Sozialraumorientierung (Hinte 2006:9) eine starke Ähnlichkeit zu den Leitstandards der Gemeinwesenarbeit (siehe Kapitel 3.1) aufweisen, so liegt ihr Ausgangspunkt beim Einzelfall, einem Menschen, der bei der Sozialen Arbeit Unterstützung sucht. Zusätzlich zur klassischen Fallarbeit werden im Rahmen von sogenannter „fallunspezifischer Arbeit“ (Früchtel / Budde 2006:201) potenzielle Ressourcen im Sozialraum identifiziert, die im Bedarfsfall abgerufen werden können. Dabei wird

zwar häufig in den Werkzeugkoffer der Gemeinwesenarbeit gegriffen, die Ziele bleiben jedoch fallbezogen, was sie von der GWA unterscheidet, die primär eine Verbesserung des Lebensraumes anstrebt (vgl. ebd.:206).

Auch Christoph Stoik (2011:o.A.) sieht in der Debatte um GWA und Sozialraumorientierung weniger den Umstand einer Ablöse oder Erneuerung des Begriffs als das Ineinandergreifen zweier unscharf definierter Konzepte, die ergänzend zu betrachten sind.

3.4 Chancen der GWA im 21. Jahrhundert

Die Stärken der GWA werden besonders in schwierigen Zeiten deutlich, in denen die Politik gefordert ist und nach neuen Lösungsansätzen sucht. Gesellschaftlichen Herausforderungen kleinräumig, durch eine Kooperation von Bevölkerung, Politik und Verwaltung zu begegnen, wie es von der GWA forciert wird, birgt hier besonders großes Potenzial (vgl. Sing 2013:215).

Hierin liegen auch ökonomische Chancen. Selbstorganisation und die Selbstverwaltung stehen im Zentrum des Modells der „**Gemeinwesenökonomie**“ (Elsen 1998a), das die Schaffung und Förderung eines nichtprofitorientierten Wirtschaftssektors zwischen Markt und Staat und damit die „Rückbettung ökonomischer Handlungsvollzüge in die sozialkulturellen Zusammenhänge lokaler Gemeinwesen“ (Elsen 1998b:4) fordert. Die zu diesem Ziel nötige Eigeninitiative der lokalen Bevölkerung zur Deckung ihrer Bedürfnisse und Bedarfe birgt beträchtliche Schnittmengen mit den Prinzipien der GWA. Dies gilt unter anderem auch für die Genossenschaftsbewegung, deren Wurzeln in der „Aktivierung, Partizipation und Emanzipation“ (Geser 2013:286) der ländlichen Bevölkerung liegen. So könnte GWA den Leitideen des Genossenschaftspioniers Friedrich Wilhelm Raiffeisen eine neue Dynamik verleihen.

Eine weitere gute Anschlussfähigkeit für die Gemeinwesenarbeit bieten prinzipiell Projekte, die auf der **lokalen Agenda 21** (LA21) beruhen. Das UNO-Aktionsprogramm Agenda 21 (UN 1992), in dessen Zentrum eine nachhaltige Entwicklung steht, wurde 1992 in der Konferenz von Rio de Janeiro aus der Taufe gehoben und betont in diesem Zusammenhang die besondere Bedeutung von Gemeinden und Kommunen (ebd.: 291–292). Die davon abgeleitete LA21 birgt durch die soziale Komponente des Programmes und die geforderte partizipative Herangehensweise viele bisher eher selten genutzte Schnittstellen zur GWA (vgl. Kellner 2013:293).

Auch zur Inklusion von **geflüchteten Menschen** kann die Gemeinwesenarbeit einen wichtigen Beitrag leisten. Menschen, die Teil einer neuen Nachbarschaft werden sollen, benötigen Möglichkeiten zum gegenseitigen Kennenlernen. Um nachbarschaftliche Kontakte zu fördern, ist es außerdem hilfreich, die Potenziale der neuen Mitbürger*innen sichtbar zu machen und zu nutzen. Beispielsweise können Sprachkurse oder die Weitergabe anderer mitgebrachter Fähigkeiten den Zusammenhalt stärken. Häufig ist auch Aufklärungsarbeit in beide Richtungen von Nöten, um Missverständnisse zu vermeiden und Misstrauen abzubauen. Mit Begegnungsstätten wie einem örtlichen Gemeinwesenzentrum werden Podien geschaffen, um derartiges möglich zu machen (vgl. Riegler / Moser 2018:54–55).

Vielversprechende Ergebnisse brachte diesbezüglich auch ein Projekt im Innsbrucker Stadtteil Wilten zu Tage. Die FH Innsbruck erprobte darin, unter anderem in Kooperation mit dem lokalen Stadtteilzentrum, die Potenziale der GWA für eine bessere Integration von Menschen auf der Flucht (vgl. Klumpner 2018).

3.4.1 Gemeinwesen-, Stadtteil-, Nachbarschaftszentren

Um sich im Sinne der Leitstandards der Gemeinwesenarbeit (siehe Kapitel 3.1) an den Bedürfnissen und Themen der Menschen zu orientieren, ist es sinnvoll, direkt im Sozialraum der Bevölkerung präsent zu sein. Zur Förderung von Selbstorganisation und Selbsthilfekräften (siehe Kapitel 4.2.1) sowie zur Vernetzung und Kooperation der verschiedenen Akteur*innen ist außerdem die Bereitstellung von Infrastruktur erforderlich. Da GWA nicht *für* sondern *mit* der lokalen Bevölkerung arbeitet, haben sich Standorte bewährt, die mehr als ein Büro für die örtlichen Gemeinwesenarbeiter*innen umfassen. Sie dienen der Bevölkerung des fokussierten Gebietes als sozialer Treffpunkt, als Ort zur Weiterbildung und als Zentrum zur selbstorganisierten Arbeit an ihren Lebensbedingungen. Derartige Einrichtungen sind unter den unterschiedlichsten Bezeichnungen wie Stadtteil-, Quartiers-, Grätzel-, Bewohner*innen- oder Nachbarschaftszentrum zu finden. Da die meisten dieser Begriffe auf den urbanen Raum zugeschnitten sind bzw. bereits stark von Trägerorganisationen beansprucht werden, wird in diesem Handbuch die Bezeichnung „**Gemeinwesenzentrum**“ verwendet. Die theoretische Literatur zu derartigen Einrichtungen ist überschaubar, worin sich widerspiegelt, dass es auch hier maßgeschneiderte Konzepte braucht, die sich an den Bedürfnissen der lokalen Bevölkerung und den Erfordernissen der jeweiligen räumlichen und infrastrukturellen Voraussetzungen orientieren. Neben einigen konstanten Zentren, die ihre Tore bereits seit mehreren

Jahrzehnten für die Bewohner*innen der jeweiligen Nachbarschaft geöffnet haben, wurden in den letzten Jahren auch neue Projekte umgesetzt, die bestätigen, dass der Bedarf an konsumfreien Räumen zum sozialen Miteinander und zur zivilgesellschaftlichen Selbstorganisation ungebrochen ist.

Mit der **Bassena am Schöpfwerk** eröffnete im Jahr 1983 in Wien ein Gemeinwesenzentrum, das in der heimischen Fachwelt besonders starke Beachtung fand und findet (vgl. Sing 2013:213–214; Schnee 2009:29). Die Bassena galt über viele Jahre hinweg nicht nur als Stadtteilzentrum mit Modellcharakter, sondern stellte durch die Mitarbeiter*innen Renate Schnee (2000; 2009 u.a.) und Christoph Stoik (2011; 2013 u.a.) auch einen theoretischen Hotspot der heimischen GWA-Szene dar. Mit 2015 wurde die Bassena vom „Verein Wiener Jugendzentren“ an die Organisation „wohnpartner“ übergeben, die im Auftrag der Stadt Wien seit dem Jahr 2010 Konfliktmanagement und GWA in den Gemeindebauten betreibt. Das Stadtteilzentrum wurde damit zum Bewohner*innenzentrum für die Siedlung „Am neuen Schöpfwerk“ (vgl. Wohnservice Wien 2014).

An dieser Stelle seien auch die **Nachbarschaftszentren des Wiener Hilfswerks** noch einmal erwähnt, die bereits im vierten Jahrzehnt in der Tradition der Settlements arbeiten. Nicht umsonst ist die Organisation mit ihren zehn auf die Stadt verteilten Zentren die einzige österreichische Mitgliedsorganisation der International Federation of Settlements and Neighbourhood Centres (vgl. Schnee 2009: 27–28; HILFSWERK o.A.; IFS o.A.).

In der Bundeshauptstadt befinden sich auch noch ein **Grätzelzentrum** der Gebietsbetreuung Stadterneuerung und mehrere **Bewohner*innenzentren**, die, wie die Bassena am Schöpfwerk, von wohnpartner betrieben werden (vgl. GB* o.A.; wohnpartner o.A.). Die Caritas arbeitete zum Zeitpunkt der Recherche (Winter 2017/18) gerade an der Umsetzung eines Nachbarschaftszentrums im Stadtentwicklungsgebiet Wildgarten (vgl. Caritas Wien o.A.) und auch im fünften Wiener Gemeindebezirk Margareten wurde im Jahr 2017 im Bezirksrat ein Antrag zur Einrichtung eines Stadtteilzentrums eingebracht (vgl. SPÖ 2017).

Auch in den übrigen Bundesländern wächst die Anzahl derartiger Projekte seit einigen Jahren. So eröffnete in Innsbruck im Juni 2017 das **Stadtteilzentrum Wilten** und die Stadt Graz formulierte im Jahr 2015 ein „**Leitbild Stadtteilarbeit**“, nachdem mittlerweile an zwölf Standorten Stadtteil- bzw. Nachbarschaftszentren installiert wurden. (Stadt Graz 2015; Stadtteilzentrum Wilten o.A.) Einen etwas anderen Weg geht das „**Linzer**

Sozialprogramm 2011“, das an verschiedenen Orten Serviceeinrichtungen des Amtes für Soziales, Jugend und Familie vorsieht, in denen auch Gemeinwesenarbeiter*innen das soziale Zusammenleben im Stadtteil bedarfsgerecht unterstützen (vgl. Stadt Linz 2011:52). Hier ist besonders der Standort Auwiesen hervorzuheben, der 2013 eröffnet wurde und ein sogenanntes „Gemeinschaftszentrum“ inkludiert.

Auch wenn sich die genannten Beispiele allesamt im urbanen Raum befinden, trägt der Ansatz, an einem Ort soziale Dienstleistungen in Kombination mit einer Bereitstellung von Infrastruktur zur Selbstorganisation anzubieten, auch im ruralen Raum dazu bei, die Lebens- und Versorgungssituation der Bevölkerung zu verbessern. Besonders in der Koordination des zivilgesellschaftlichen Engagements (siehe Kapitel 4.2), in der Netzwerkarbeit auf unterschiedlichen Ebenen (siehe Kapitel 3.2) und bei den umfangreichen Schnittstellen zur Gesundheitsförderung (siehe Kapitel 5) liegt im ländlichen Raum großes Potenzial für diese Art von Gemeinwesenarbeit.

3.4.2 Gemeinwesenarbeit und Gesundheit

„Die selbstbestimmte, aktive Gestaltung der eigenen Lebensbedingungen, wird [...] als Faktor betrachtet, der wesentlich dazu beiträgt, gesund zu leben“ (Lüttringhaus 2011:279).

Bereits in der **Settlement-Bewegung** (siehe Kapitel 3.1.1) nahmen sich die Mitarbeiter*innen der Einrichtungen auch der allgemeinen Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung an. So beherbergte beispielsweise das Hull House in Chicago ein Gesundheitszentrum (vgl. Hartmann 2013:307) und im Ottakringer Settlement wurden unter anderem Tuberkulosefürsorge durchgeführt, eine ärztlich gestützte Mütterberatung angeboten und die Pflege von erkrankten Kindern organisiert (vgl. Malleier 2005:39–40). In den Nachbarschaftszentren des Wiener Hilfswerks gehören diplomierte Fachkräfte für Gesundheits- und Krankenpflege auch heute zum Kernteam jedes Standorts (vgl. Hilfswerk o.A.).

Deklariert gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeitsansätze finden sich ab den 1960er- und 1970er-Jahren sowohl im angelsächsischen als auch im deutschsprachigen Raum (vgl. Hartmann 2013:307). Zwei exemplarische Beispiele für eine gelungene ganzheitliche Betrachtung des Gesundheitsbegriffes unter Einbezug gemeinwesenarbeitsbezogener Ansätze stellen das **Sozialmedizinische Zentrum Liebenau** in Graz (siehe Kapitel 9.6) und das Londoner **Bromley by Bow Centre** (siehe Kapitel 9.2) dar. In den

beiden Einrichtungen sind heilende Medizin, Gesundheitsförderung und Gemeinwesenarbeit seit Jahrzehnten zu einem untrennbaren Ganzen verschmolzen. Dass die GWA ein breites Spektrum an Möglichkeiten bietet, um im Sozialraum salutogenetisch⁵ zu wirken, bestätigt auch Dagmar Potocnik (2015:126), die in ihrer Masterarbeit zum Thema resümiert, dass Gemeinwesenarbeit eine wichtige Rolle in der Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit in benachteiligten Stadtteilen zukommt.

Mit der erweiterten Definition des Gesundheitsbegriffes durch die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1986) umfasst das Tätigkeitsfeld der Sozialen Arbeit auch Aufgaben der **Gesundheitsförderung** (siehe Kapitel 5). Für die WHO steht Gesundheit „für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont, wie die körperlichen Fähigkeiten“ (ebd.:1). Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Erklärung setzt im direkten Wohnumfeld der Bevölkerung an und lädt, wie die Gemeinwesenarbeit, zu Partizipation und Selbstorganisation ein (vgl. ebd.:4).

Welche **Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Bevölkerung** wirken und somit Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung darstellen, wurde in Kapitel 1.1.2 behandelt. Die positive Veränderung der als ein solcher Faktor genannten **sozialräumlichen Gegebenheiten** ist eine Kernaufgabe der Gemeinwesenarbeit. Der ebenfalls als Determinante angeführte **individuelle Lebensstil** resultiert zu weiten Teilen aus der Beschaffenheit des Sozialraums, womit auch hier eine Schnittstelle zur GWA gegeben ist. Der Abgleich der Bedürfnisse der lokalen Bevölkerung mit den angebotenen Hilfestellungen des **Sozial- und Gesundheitssystems**, das eine weitere Determinante der Gesundheit ist, zählt ebenfalls zu den klassischen Aufgaben der Gemeinwesenarbeit.

Durch die deutliche **Überlappung der Arbeitsbereiche GWA und Gesundheitsförderung** ist es wenig verwunderlich, dass die Herangehensweisen von Programmen wie der Initiative „Tut gut!“ des Landes Niederösterreich oder der Wiener Gesundheitsförderung (WIG) Arbeitsansätze der Gemeinwesenarbeit beinhalten (vgl. NÖGUS o.A.; WIG o.A.). Ein Pilotprojekt, das die Schnittmengen der beiden Handlungsfelder herausstreicht, stellt das Projekt „Neu wohnen – Gesund leben“ dar. Darin kooperierten die WIG und die Gebietsbetreuung Stadterneuerung und damit zwei Organisationen aus den Be-

5 Zur „Salutogenese“ siehe Kapitel 1.3.3

reichen Gesundheitsförderung und Stadtteilmanagement, um in einem Wiener Stadtentwicklungsgebiet gesundheitsfördernde Aspekte zu stärken (vgl. Guschelbauer / Bader-Wehinger / Friesenbichler 2006).

3.5 Fazit

Wie in diesem Kapitel herausgearbeitet wurde, sind die Ansätze und Methoden der Gemeinwesenarbeit dafür prädestiniert, für die Konzipierung und den Betrieb eines Gemeinwesenzentrums mit integrierter Gesundheitsversorgung herangezogen zu werden. Die GWA orientiert sich zielgruppenübergreifend an den Bedürfnissen der Menschen, nutzt vorhandene Ressourcen, vernetzt Akteur*innen auf allen Ebenen, handelt ressortübergreifend und fördert die Selbstorganisation und die Selbsthilfekräfte der lokalen Bevölkerung. Das Thema Gesundheit ist seit ihren Anfängen in den Settlements Gegenstand der Gemeinwesenarbeit, wobei sich die Gesundheitsförderung als besonders anschlussfähig erwies. Mit den Leitbegriffen „Empowerment“, „Partizipation“ und „Vernetzung“ überlappen die beiden Konzepte.

In den vergangenen Jahrzehnten wurde die Gemeinwesenarbeit größtenteils im urbanen Raum eingesetzt, um die Lebensbedingungen der Bewohner*innen unterprivilegierter Stadtteile zu verbessern. Die ländliche Bevölkerung Österreichs kann in Bezug auf die infrastrukturelle Versorgung durchaus als benachteiligt angesehen werden. Es gilt, die Erfahrungen und Theorien, die im urbanen Raum gemacht bzw. mit Fokus auf die Stadt erdacht wurden, für ländliche Zusammenhänge zu adaptieren. Da die Gemeinwesenarbeit sich immer an den lokalen Gegebenheiten und Bedürfnissen ausrichtet, liegt diese Anpassung quasi in der „Natur der Sache“ und dürfte keine große Herausforderung darstellen. Eine Fusion der Konzepte Community Organizing und Community Development könnte hier die Richtung vorgeben. Projekte wie die „Eigenständige Regionalentwicklung“ haben bereits wertvolle Vorarbeit geleistet.

Nach dieser theoretischen Betrachtung der Gemeinwesenarbeit und ihrer Rolle in einem Gemeinwesenzentrum, folgt nun ein einführender Exkurs zu den Begriffen Partizipation, Selbstorganisation, zivilgesellschaftliches Engagement und Empowerment, deren Wichtigkeit in der Arbeit mit dem Gemeinwesen bereits in diesem Kapitel angeschnitten wurde. Darauf folgend wird der Bereich Gesundheitsförderung erneut aufgegriffen und

etwas tiefergehend behandelt. Dass die Trennlinie zwischen der Arbeit am Gemeinwesen und der Förderung der Gesundheit im Sinne der Ottawa-Charta nicht scharf zu ziehen ist, wurde bereits vorausgeschickt.

Literatur

Alisch, Monika (1998): Stadtteilmanagement – Zwischen Politischer Strategie und Beruhigungsmittel. In: Alisch, Monika (Hg.): Stadtteilmanagement. Voraussetzungen und Chancen für die soziale Stadt. Opladen: Leske + Budrich, 7–21.

Barta, Sarah (2017): „Gemeinwesen“ – ein Leitbegriff der Sozialen Arbeit? Eine kritische Auseinandersetzung von der staatsphilosophischen bis zur gesellschaftskritischen Perspektive. In *soziales_kapital*, 17/2017, 101–110. www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/view/507/913 [06.03.2018].

Blandow, Rolf / Knabe, Judith / Ottersbach, Markus (2012): Gemeinwesenarbeit: Renaissance oder Verabschiedung eines Arbeitsprinzips der Sozialen Arbeit? In: Blandow, Rolf / Knabe, Judith / Ottersbach, Markus (Hg.): Die Zukunft der Gemeinwesenarbeit. Von der Revolte zur Steuerung und zurück? Köln: Springer VS, 7–14.

Boer, Jo / Uttermann, Kurt (1970): Gemeinwesenarbeit – Community Organisation – Opbouwwerk – Einführung in Theorie und Praxis. Stuttgart: Ferdinand Enke.

Boulet, Jaak / Krauss, E. Jürgen / Oelschlägel, Dieter (1980): Gemeinwesenarbeit als Arbeitsprinzip. Eine Grundlegung. Bielefeld: AJZ-Druck-und-Verlag.

Caritas Wien (o.A.): Nachbarschaft & Stadtteilarbeit. www.caritas-wien.at/hilfe-angebote/zusammenleben/stadtteilarbeit/ [25.02.2018].

Elsen, Susanne (1998a): Gemeinwesenökonomie – eine Antwort auf Arbeitslosigkeit, Armut und soziale Ausgrenzung? Soziale Arbeit, Gemeinwesenarbeit und Gemeinwesenökonomie im Zeitalter der Globalisierung. Neuwied / Darmstadt: Luchterhand.

Elsen, Susanne (1998b): Gemeinwesenarbeit und Gemeinwesenökonomie im Zeitalter der „Globalisierung“. In: Klöck, Tilo (Hg.): Solidarische Ökonomie und Empowerment. Jahrbuch Gemeinwesenarbeit 6. München: AG-SPAK, 1–18.

Freire, Paulo (1996): Pädagogik der Unterdrückten: Bildung als Praxis der Freiheit. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Früchtel, Frank / Budde, Wolfgang (2006): Wie funktioniert fallunspezifische Ressourcenarbeit? In: Früchtel, Frank / Budde, Wolfgang / Hinte, Wolfgang: Sozialraumorientierung – Wege zu einer veränderten Praxis. Wiesbaden: VS-Verlag, 201–218.

Galuske, Michael (2013): Methoden der Sozialen Arbeit. Weinheim / Basel: Beltz Juventa.

Gebietsbetreuung Stadterneuerung [GB*] (o.A.): GB*-Grätzelzentrum. www.gbstern.at/projekte-und-aktivitaeten/gb-graetzelzentrum/ [06.03.2018].

Gerhardter, Gabriele (1998): Netzwerkorientierung in der Sozialarbeit: eine Überblicksartige Zusammenstellung zu „Soziale Netzwerke“ und „Organisationsnetzwerke“. In Pantuček, Peter / Vyslouzil, Monika: Theorie und Praxis Lebenswelt-orientierter Sozialarbeit. St. Pölten: SozAKTIV, 49–71.

Geser, Martin (2013): Gemeinwesenarbeit im Handlungsfeld ländliche Regionalentwicklung. In: Stövesand, Sabine / Stoik, Christoph / Troxler, Ueli (Hg.): Handbuch Gemeinwesenarbeit. Traditionen und Positionen, Konzepte und Methoden. Deutschland – Schweiz – Österreich. Opladen / Berlin / Toronto: Verlag Barbara Budrich, 286–292.

Guschelbauer, Hannes / Bader-Wehinger, Monika / Friesenbichler, Katrin (2006): Neu wohnen – Gesund leben: Gesundheitsförderung trifft Stadtteilmanagement. In: Fabian, Carlo / Drilling, Matthias / Niermann, Oliver / Schnur, Olaf (Hg.): Quartier und Gesundheit. Impulse zu einem Querschnittsthema in Wissenschaft, Politik und Praxis. Wiesbaden: Springer VS: 157–174.

Häcker, Walter (2012): Power durch Community Organizing – Das Organisieren von Bürgerengagement, kann man das in den USA lernen? In: Praxis Bürgerbeteiligung. Ein Methodenhandbuch. Bonn: Stiftung Mitarbeit, 95–99.

Hartmann, Mirijam (2013): Gemeinwesenarbeit und Gesundheit. In: Stövesand, Sabine / Stoik, Christoph / Troxler, Ueli (Hg.): Handbuch Gemeinwesenarbeit. Traditionen und Positionen, Konzepte und Methoden. Deutschland – Schweiz – Österreich. Opladen / Berlin / Toronto: Verlag Barbara Budrich, 307–313.

Heimgartner, Arno (2009): Grundlegendes zur Gemeinwesenarbeit. In: Sing, Eva / Heimgartner, Arno (Hg.): Gemeinwesenarbeit in Österreich. Graz: Grazer Universitätsverlag, 10–20.

Hilfswerk (o A.): Nachbarschaftszentren des Wiener Hilfswerks. www.nachbarschaftszentren.at [05.02.2018].

Hinte, Wolfgang (1994): Intermediäre Instanzen in der Gemeinwesenarbeit. Die mit den Wölfen tanzen. In: Bitzan, M. / Klöck, T. (Hg.): Jahrbuch Gemeinwesenarbeit 5, München: Verein zur Förderung der sozialpolitischen Arbeit, 77–89.

Hinte, Wolfgang (2011): Von der Stadtteilarbeit zum Stadtteilmanagement. Sozialraumorientierung als methodisches Prinzip sozialer Arbeit. In: Hinte, Wolfgang / Lüttringhaus, Maria / Oelschlägel, Dieter: Grundlagen und Standards der Gemeinwesenarbeit. Ein Reader zu Entwicklungslinien und Perspektiven. Weinheim / München: Beltz Juventa Verlag, 89–97.

Hinte, Wolfgang / Karas, Fritz (1989): Studienbuch Gruppen- und Gemeinwesenarbeit: Eine Einführung für Ausbildung und Praxis. Neuwied und Frankfurt a.M.: Luchterhand.

Hinte, Wolfgang / Metzger-Preziger, Gerd / Springer, Werner (1982): Stadtteilbezogene Soziale Arbeit – ein Kooperationsmodell für Ausbildung und berufliche Praxis. In: Neue Praxis. 4/1982, 345–357.

Holubec, Britt (2005): Gemeinwesenarbeit als Arbeitsprinzip. In: stadtteilarbeit.de. www.stadtteilarbeit.de/themen/theorie-stadtteilarbeit/lp-stadtteilarbeit.html?id=84-gwa-arbeitsprinzip-lp [06.03.2018].

IFS – International Federation of Settlements and Neighbourhood Centres (o.A.): IFS Member List Europe. www.ifsnetwork.org/ifs/membership/member-list/ [06.03.2018].

Kellner, Johannes (2013): Lokale Agenda 21 und Gemeinwesenarbeit. In: Stövesand, Sabine / Stoik, Christoph / Troxler, Ueli: Handbuch Gemeinwesenarbeit. Traditionen und Positionen, Konzepte und Methoden. Deutschland – Schweiz – Österreich. Opladen / Berlin / Toronto: Verlag Barbara Budrich, 293–298.

Klumpner, Paul (2018): Gemeinwesenarbeit und Integration auf Stadtteilebene. Herausforderungen und Chancen. In: [soziales_kapital](http://soziales_kapital.at). 19/2018. www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/558/1012.pdf [06.03.2018].

Lüttringhaus, Maria (2000): Stadtteilentwicklung und Partizipation. Fallstudien aus Essen-Katernberg und der Dresdener Äußeren Neustadt. Bonn: Stiftung Mitarbeit.

Lüttringhaus, Maria (2011): Zusammenfassender Überblick: Leitstandards der Gemeinwesenarbeit. In: Hinte, Wolfgang / Lüttringhaus, Maria / Oelschlägel, Dieter: Grundlagen und Standards der Gemeinwesenarbeit. Ein Reader zu Entwicklungslinien und Perspektiven. Weinheim / München: Juventa Verlag, 277–281.

Lüttringhaus, Maria / Richers, Hille (2013): Die Methode der Aktivierenden Befragung. In: Hinte, Wolfgang / Lüttringhaus, Maria / Oelschlägel, Dieter: Grundlagen und Standards der Gemeinwesenarbeit. Ein Reader zu Entwicklungslinien und Perspektiven. Weinheim / München: Juventa Verlag, 384–390.

Malleier, Elisabeth (2005): Das Ottakringer Settlement. Zur Geschichte eines frühen internationalen Sozialprojekts. Wien: Verband Wiener Volksbildung.

Melinz, Gerhard (2000): Der Wohlfahrtsmix und „bürgerschaftliches Engagement“. Eine historische Skizze. In: Roessler, Marianne / Schnee, Renate / Spitzky, Christine / Stoik, Christoph: Gemeinwesenarbeit und Bürgerschaftliches Engagement. Eine Abgrenzung. Wien: OEGB Verlag, 11–30.

Müller, Wolfgang C. (2013): Wie Helfen zum Beruf wurde. Eine Methodengeschichte der sozialen Arbeit. 6. Auflage, Weinheim: Beltz Juventa.

Nestmann Frank (1989): Förderung sozialer Netzwerke – eine Perspektive pädagogischer Handlungskompetenz? In: Neue Praxis. 19/1989, 107–123.

NÖGUS – Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds (o.A.). Tut gut!. www.noetutgut.at [05.03.2018].

Oelschlägel, Dieter (2001): Gemeinwesenarbeit. In: Otto, Hans-Uwe / Thiersch, Hans (Hg.): Handbuch Sozialarbeit / Sozialpädagogik. Neuwied / Kriftel: Ernst-Reinhardt-Verlag, 653–659.

Owen, Harrison (2001): Open Space Technology: ein Leitfaden für die Praxis. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

Pantuček, Peter. (2010): Netzwerke, Soziales Kapital und Zivilgesellschaft. www.pantucek.com/index.php/soziale-arbeit/texte/138-netzwerke-soziales-kapital-und-zivilgesellschaft [21.02.2018].

Petri, Katrina (2011): Open Space – Raum für Bürgerengagement und Kaffeepausen. In: Ley, Astrid / Weitz, Ludwig (Hg.): Praxis Bürgerbeteiligung. Ein Methodenhandbuch. Bonn: Stiftung Mitarbeit, 183–189.

Potocnik, Dagmar (2015): Gesundheitliche Ungleichheit und Gemeinwesenarbeit – Chancengleichheit durch Gemeinwesenarbeit für benachteiligte Stadtteile. Unveröffentlichte Masterarbeit, Karl-Franzens-Universität Graz.

Riegler, Anna / Moser, Helga (2018): Ein standpunktsensibler Blick auf Anerkennung und Diskriminierung im Zusammenleben in der Migrationsgesellschaft. In: *soziales_kapital*. 19/2018, 46–60. www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/559/998.pdf [06.03.2018].

Rohrmoser, Anton (2000): Gemeinwesen als Strategie. Regionale Projektarbeit und Entwicklung wirtschaftlicher Betriebe. In: Roessler, Marianna / Schnee, Renate / Spitzky, Christine / Stoik, Christoph (Hg.): Gemeinwesenarbeit und Bürgerschaftliches Engagement. Eine Abgrenzung. Wien: OEGB Verlag, 234–239.

Rohrmoser, Anton (2004): Gemeinwesenarbeit und Eigenständige Regionalentwicklung. Erfahrungsbericht über 25 Jahre ländliche Entwicklungsarbeit. In: Rohrmoser, Anton (Hg.): GemeinwesenArbeit im ländlichen Raum: Zeitgeschichtliche und aktuelle Modelle aus den Bereichen Bildung, Kultur, Sozialarbeit und Regionalentwicklung. Innsbruck: Studienverlag, 35–68.

Ross, Murray George (1971): Gemeinwesenarbeit: Theorie, Prinzipien, Praxis. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Schnee, Renate (2000): Immunsystem der Stadt. Regionalteams in Wien: informelle Vernetzung soziokultureller Einrichtungen. In: Roessler, Marianne / Schnee, Renate / Spitzky, Christine / Stoik, Christoph (Hg.): Gemeinwesenarbeit und Bürgerschaftliches Engagement. Eine Abgrenzung. Wien: OEGB Verlag, 97–112.

Schnee, Renate (2009): Entwicklung der Gemeinwesenarbeit in Wien. In: Sing, Eva / Heimgartner, Arno (Hg.): Gemeinwesenarbeit in Österreich. Graz: Grazer Universitätsverlag, 21–32.

Sing, Eva (2013): Entwicklung der Gemeinwesenarbeit in Österreich. In: Stövesand, Sabine / Stoik, Christoph / Troxler, Ueli (Hg.): Handbuch Gemeinwesenarbeit. Traditionen und Positionen, Konzepte und Methoden. Deutschland – Schweiz – Österreich. Opladen / Berlin / Toronto: Verlag Barbara Budrich, 213–212.

SPÖ Margareten. 2017. Stadtteilzentrum für Margareten. Antrag. Bezirksvertretungssitzung am 20.6.2017. www.wien.gv.at/bezirke/margareten/politik/sitzungen/pdf/gemeinwesenzentrum.pdf [05.03.2018].

Stadt Graz. (2014): Leitlinien für BürgerInnenbeteiligung bei Vorhaben und Planungen der Stadt Graz. www.graz.at/cms/dokumente/10244969_7755171/7c3a11ec/Leitlinien%20f%C3%BCr%20B%C3%BCrgerInnenbeteiligung.pdf [17.03.2018].

Stadt Graz (2015): Leitbild Stadtteilarbeit in Graz. www.graz.at/cms/dokumente/10259828_7763635/c12cff38/Leitbild_A4%20%28002%29_.pdf [20.02.2018].

Stadt Graz (o.A.): BürgerInnenbeteiligung. www.graz.at/cms/ziel/7755171/DE/ [17.03.2018].

Stadt Linz (2011): Lebensstadt Linz. Soziale Sicherheit und Gerechtigkeit. Das Linzer Sozialprogramm 2011. www.linz.at/images/LinzerSozialprogramm_2011.pdf [15.03.2018].

Stadtteilzentrum Wilten (o.A.): LEBENS(t)RAUM WILTEN. Verein Stadtteilzentrum. www.stadtteilzentrum-wilten.com [15.03.2018].

Stoik, Christoph (2005): Wien als neues junges Zentrum für Gemeinwesenarbeit? In: Sozialarbeit in Österreich. 2/2005, 8–13.

Stoik, Christoph (2011): Gemeinwesenarbeit und Sozialraumorientierung – Ein „entweder – oder“ oder ein „sowohl – als auch“? In: sozialraum.de. <http://mail.sozialraum.de/gemeinwesenarbeit-und-sozialraumorientierung.php> [20.02.2018].

Stoik, Christoph (2013): Eigenständige Regionalentwicklung: Anton Rohrmoser. In: Stövesand, Sabine / Stoik, Christoph / Troxler, Ueli (Hg.). Handbuch Gemeinwesenarbeit. Traditionen und Positionen, Konzepte und Methoden. Deutschland – Schweiz – Österreich. Opladen / Berlin / Toronto: Verlag Barbara Budrich, 77–78.

Stövesand, Sabine / Stoik, Christoph (2013): Gemeinwesenarbeit als Konzept Sozialer Arbeit – Eine Einleitung. In: Stövesand, Sabine / Stoik, Christoph / Troxler, Ueli (Hg.): Handbuch Gemeinwesenarbeit. Traditionen und Positionen, Konzepte und Methoden.

Deutschland – Schweiz – Österreich. Opladen / Berlin / Toronto: Verlag Barbara Budrich, 14–36.

Thiersch, Hans (2014): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. 9. Auflage, Weinheim / Basel: Beltz.

Troxler, Ueli (2013a): Einführung von Gemeinwesenarbeit im Europäischen Kontext: Jo Boer, Kurt Utermann. In: Stövesand, Sabine / Stoik, Christoph / Troxler, Ueli (Hg.): Handbuch Gemeinwesenarbeit. Traditionen und Positionen, Konzepte und Methoden. Deutschland – Schweiz – Österreich. Opladen / Berlin / Toronto: Verlag Barbara Budrich, 58–60.

Troxler, Ueli (2013b): Methoden der Großgruppenarbeit in der GWA. In: Stövesand, Sabine / Stoik, Christoph / Troxler, Ueli (Hg.): Handbuch Gemeinwesenarbeit. Traditionen und Positionen, Konzepte und Methoden. Deutschland – Schweiz – Österreich. Opladen / Berlin / Toronto. Verlag Barbara Budrich, 405–412.

UN – United Nations Organisation (1992): Agenda 21. Konferenz der Vereinten Nationen für Umwelt und Entwicklung. Rio de Janeiro.

WIG – Wiener Gesundheitsförderung (o.A.): Wiener Gesundheitsförderung. www.wig.or.at [11.03.2018]

wohnpartner (o.A.). BewohnerInnenzentren. Webseite. www.wohnpartner-wien.at/zusammenleben/bewohnerinnen-zentren [05.03.2018].

Wohnservice Wien (2014). Wohnpartner – Gemeinsam für eine gute Nachbarschaft. Folder. Wien.

WHO – World Health Organisation (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Ottawa.

Zychlinsky, Jan (2013): Netzwerkarbeit in der GWA. In: Stövesand, Sabine / Stoik, Christoph / Troxler, Ueli (Hg.): Handbuch Gemeinwesenarbeit. Traditionen und Positionen, Konzepte und Methoden. Deutschland – Schweiz – Österreich. Opladen / Berlin / Toronto: Verlag Barbara Budrich, 431–438.

4 Partizipation, bürgerschaftliches Engagement und Empowerment

Oliver Auer

Wie bereits in den vorangegangenen Kapiteln ausgeführt, erbringt zeitgemäße Soziale Arbeit und besonders die Gemeinwesenarbeit ihre Dienste *mit* den Menschen und nicht bloß für sie. Die aktive Teilnahme an der Gestaltung des Gemeinwesens ist nicht nur ein Kernelement der GWA, sie ist ein zentraler Bestandteil einer lebendigen Demokratie. Aus diesem Grund behandelt das folgende Kapitel einige wesentliche Begriffe und Konzepte der aktiven Bürger*innenschaft. Um mit einem lokalen Gemeinwesenzentrum einen Ort zu schaffen, der einem ganzheitlichen Gesundheitsbegriff gerecht wird, ist ein Grundverständnis für die Begriffe Partizipation, Selbstorganisation, Selbsthilfe, bürgerschaftliches Engagement und Empowerment essenziell.

4.1 Partizipation

„Teilhaben, Teilnehmen, Beteiligtsein“, so erklärt das Deutsche Wörterbuch Duden (o. A.) den gegenwärtig beinahe schon inflationär gebrauchten Begriff „Partizipation“. In Politik, Wissenschaft und Medien wird dieser jedoch je nach Zusammenhang und Theoriebezug sehr unterschiedlich verwendet. Im folgenden Abschnitt wird zum einen die Bedeutung von Partizipation als grundlegendes Element demokratischer Organisationsformen, ihre formalisierte Umsetzung in Bürger*innenbeteiligungsprozessen und zum anderen ihre Verwendung im Kontext der Sozialen Arbeit beleuchtet. Zwischen Bürger*innenbeteiligung und Partizipation in der Sozialen Arbeit sind die Übergänge besonders im Handlungsfeld Gemeinwesenarbeit fließend, worauf in Kapitel 3 eingegangen wird.

Im Kontext der Konzipierung und des Betriebes eines Gemeinwesen zentrums ist Partizipation in mehrfacher Hinsicht von Bedeutung. Für die Konzepterstellung ist eine passgenaue Orientierung an den Bedürfnissen und Bedarfslagen der lokalen Bevölkerung dringlichst anzuraten. Jede Gemeinde bringt andere Problemlagen und Voraussetzungen in diesen Prozess mit. Diese sind durch Fachleute aber auch über die lokalen Nutzer*innen der gegenwärtigen und zukünftigen Angebote zu erheben. Auf das partizipative Verfahren im Zuge der Konzipierung des bearbeiteten Fallbeispiels GeSo Orth wird

in Kapitel 10.3 näher eingegangen. In der Gemeinwesenarbeit definiert die Bevölkerung das Problem und arbeitet letztendlich möglichst selbst an dessen Lösung (siehe Kapitel 3). Daraus folgt, dass es ohne Beteiligung der örtlichen Bewohner*innen keine GWA geben kann. Sowohl in der Sozialen Arbeit als auch im Gesundheitssektor wird der Ruf nach mehr Klient*innen- bzw. Patient*innenbeteiligung immer lauter. Beide Bereiche spielen im GeSo ineinander.

4.1.1 Partizipation und Demokratie

Wenngleich das politische Modell der Demokratie, global betrachtet, nach wie vor im Aufschwung ist, befinden sich die repräsentativen Demokratien in Europa und Nordamerika auf Schleuderkurs (vgl. Nanz / Leggewie 2016:16–17). Die globale „multiple Krise“ (Brand 2009) nagt am Vertrauen in die politischen Eliten.

Vor allem auf der kommunalen Ebene, der täglich erfahr- und greifbaren Lebenswelt, formiert sich Widerstand gegen politische Ohnmacht und die Reduktion des politischen Willens auf ein periodisches Kreuz in der Wahlkabine. Mitsprache wird eingefordert (vgl. Herriger 2014:135).

Die durchschnittliche Bildung der Bevölkerung ist gestiegen, was sie insgesamt kritischer macht. Bürger*innen möchten stärker in Entscheidungen, die sie betreffen, eingebunden werden. Auf der anderen Seite wird es zunehmend schwieriger, politische oder planerische Entscheidungen zu fällen, die für möglichst alle Betroffenen zumindest annehmbar sind (vgl. Nanz / Leggewie 2016:27–28).

Die „Individualisierung“ (Beck 1986:205–219) in unserer Gesellschaft schreitet voran und lässt eine Vielzahl unterschiedlicher Lebensentwürfe inklusive der damit verbundenen verschiedenen Wertevorstellungen zu. Gleichzeitig öffnet sich die viel zitierte Arm-Reich-Schere und verstärkt die damit verknüpften sozialen Unterschiede. Menschen fühlen sich in ihren individuellen Ansprüchen von den klassischen Institutionen der Meinungsververtretung wie Parteien oder Kirchen nicht mehr repräsentiert. Im Zuge dieser Entwicklungen setzen Politik und Wissenschaft vermehrt auf möglichst direkte Beteiligung der Bürger*innen. Die „Wissens- und Wertebasis von Entscheidungen“ soll durch die

Partizipation von im Normalfall nicht in die Entscheidungsfindung involvierten Akteur*innen⁶ verbessert werden (vgl. Nanz / Leggewie 2016:27–28).

Aus einer demokratietheoretischen Perspektive wird Partizipation als „Moment der konstitutionell verbürgten Freiheit und Gleichheit aller sowie der Anerkennung von Pluralität und offenem Widerstreit der Interessen als unhintergehbare Errungenschaften demokratischer Gesellschaften“ (Schnurr 2011:1070) wahrgenommen. Demnach muss die repräsentative Demokratie schrittweise auf die aktive Teilnahme möglichst vieler Bürger*innen ausgeweitet werden. Durch den erweiterten Einbezug der Bevölkerung in die politische Entscheidungsfindung wird nicht nur ihre Konfliktkompetenz, sondern auch der allgemeine Identifikationsgrad mit dem Gemeinwesen und die Bereitschaft, selbst etwas beizutragen, gesteigert (vgl. ebd.).

4.1.2 Bürger*innenbeteiligung und Öffentlichkeitsbeteiligung

Um diesen Forderungen und Anforderungen gerecht zu werden, werden besonders in lokalpolitischen Entscheidungsprozessen, aber auch in anderen Bereichen wie z.B. der Technikfolgenabschätzung partizipative Prozesse auf Schiene gebracht, um das Expert*innenwissen um die Sicht von (in der Regel) fachfremden, aber dennoch betroffenen Menschen zu erweitern.

Hierbei kann zwischen **Bürger*innenbeteiligung** und **Öffentlichkeitsbeteiligung** unterschieden werden. Während Bürger*innenbeteiligung allen betroffenen und interessierten Bürger*innen die Möglichkeit einräumt, ihre Interessen bei öffentlichen Vorhaben mit dem Ziel einer Entscheidungsbeeinflussung zu vertreten, werden bei der Öffentlichkeitsbeteiligung auch Organisationen wie Interessensvertretungen, NGOs und die Fachöffentlichkeit miteinbezogen (vgl. Arbter 2012:10). Grundsätzlich gilt es, den Kreis der Einzubeziehenden je nach Vorhaben, Zielsetzung und Stand im Projektverlauf anzupassen.

⁶ In der Literatur wird häufig der Begriff „Lai*innen“ verwendet. Da aus Perspektive der Sozialen Arbeit jeder Mensch als Expert*in seiner Lebenswelt zu betrachten ist (siehe Kapitel 3.1.7), wird in diesem Zusammenhang auf die Verwendung des Wortes verzichtet.



Abbildung 14: Abgrenzung Beteiligungsformen; Quelle: eigene Darstellung nach Arbter (2012:10)

4.1.3 Die Partizipationspyramide

Mitreden muss nicht gleich Mitbestimmen bedeuten, wobei genau letzteres echte Partizipation ausmacht. Der Grad der Mitbestimmung kann je nach Thema und Aufgabenstellung variieren. Zu den verschiedenen Stufen partizipativer Methoden wurde eine Vielzahl von Modellen erstellt (z.B. Arnstein 1969; Hart 1997; Lüttringhaus 2000; Wright / Block / Unger 2010), die unterschiedlich viele Abstufungen umfassen. Im Folgenden wird das Modell der „**Partizipationspyramide**“ (Straßburger / Rieger 2014:15–34) näher vorgestellt, das sowohl die Perspektive der Bürger*innen als auch die institutionell-professionelle Werte berücksichtigt. Das Modell ist zwar in erster Linie auf Partizipation in der Sozialen Arbeit ausgelegt, lässt sich aber ohne Weiteres auch auf andere gesellschaftliche Teilbereiche übertragen. Die Partizipationspyramide unterscheidet zwischen **sieben Intensitätsstufen von Partizipation**, die in drei Ebenen zusammengefasst werden: die **Vorstufen der Partizipation (rot)**, **echte Partizipation (orange)** und **zivilgesellschaftliche Eigenaktivitäten (gelb)**. Ob von echter Partizipation oder nur von einer Vorstufe gesprochen werden kann, hängt davon ab, ob die Bürger*innen tatsächlich in relevantem Ausmaß in Entscheidungen miteinbezogen werden. Werden die Meinungen und Ansichten der Betroffenen in einem Prozess zwar berücksichtigt, aber dennoch ausschließlich von einer professionellen Instanz entschieden, ist die Vorgehensweise als Vorstufe von Partizipation zu betrachten. Können die Bürger*innen tatsächlich mitbestimmen, haben wir es mit echter Partizipation zu tun. Die „zivilgesellschaftliche Eigen-

aktivitäten“, als Spitze der Pyramide, umfassen alle dem Gemeinwohl dienenden Projekte und Aktionen, die Bürger*innen eigenständig initiieren, organisieren und umsetzen (vgl. ebd.:20).



Abbildung 15: Partizipationspyramide; Quelle: eigene Darstellung nach Straßburger / Rieger (2014:232-233)

Aus **institutionell-professioneller Perspektive** handelt es sich bei den sechs Stufen der Pyramide um Dienstleistungen, die zu Gunsten von Bürger*innen erbracht werden. Die Gestaltung der Leistung basiert auf Entscheidungen, die im Vorfeld getroffen werden. Diese Entscheidungen können von der professionellen Person alleine oder unter Einbezug der leistungsempfangenden Person(en) getroffen werden. Bei allen drei **Vorstufen** kommunizieren die Fachkräfte mit dem*der Bürger*in über die Sachlage. Bei **Stufe 1**, „Informieren“, beschränkt sich die Teilnahme auf das Erhellen des Vorganges, in dessen Rahmen die Entscheidungen getroffen wurden. Auf **Stufe 2**, „Meinung erfragen“, holt der*die Fachkraft die Meinung und Einschätzung des*der Betroffenen zu Ausgangslage, Interventionsmöglichkeiten und Konsequenzen ein. Ob dies die Richtung der Entscheidung aber tatsächlich beeinflusst, bleibt offen. In **Stufe 3**, „Lebensweltexpertise einholen“, lässt sich die Fachkraft vom Gegenüber auf Basis seiner*ihrer Lebensweltexpertise in der Entscheidungsfindung beraten. Die Begegnung erfolgt zwar auf etwas mehr Augenhöhe, indem der*die Bürger*in als Expert*in ihrer Lebenswelt wahrgenommen wird, die Berücksichtigung der eingeholten Informationen ist aber auch in diesem Fall nicht zugesichert (vgl. ebd.:23-24).

In den drei Stufen der **echten Partizipation** (orange) haben die Bürger*innen eine verbindliche Möglichkeit, sich an Entscheidungen zu beteiligen. Diese ist rechtlich, formal oder konzeptionell garantiert. **Stufe 4**, „Mitbestimmung zulassen“, sieht vor, dass die Ausgangssituation mit den Betroffenen besprochen wird und diese eine Möglichkeit haben, über die weitere Vorgangsweise mitabzustimmen. In **Stufe 5**, „Entscheidungskompetenz teilweise abgeben“, gibt es Teilbereiche, in denen ohne die Fachkraft eigenständig entschieden werden kann. **Stufe 6**, „Entscheidungsmacht übertragen“, delegiert alle wichtigen Entscheidungen an die Bürger*innen. Die Professionist*innen begleiten den Prozess unterstützend (vgl. ebd.:25–26).

Die **Bürger*innenperspektive** betrachtet nun die rechte Seite der Pyramide. Der geringste Partizipationsgrad, **Stufe 1** „Informieren“, ist gegeben, wenn Bürger*innen aktiv Informationen zu einer Entscheidung oder einem Projekt einholen. In **Stufe 2**, „Im Vorfeld von Entscheidungen Stellung nehmen“, geben Bürger*innen ihre Sichtweisen zu einem Vorhaben bekannt. Dies kann auf verschiedenen Wegen (Vorsprache, Leserbrief, Demonstration etc.) erfolgen. Damit ist allerdings nicht garantiert, dass die Position in der Entscheidungsfindung berücksichtigt wird. Wenn Bürger*innen von **Stufe 3** Gebrauch machen und „verfahrenstechnisch vorgesehene Beiträge einbringen“, ist ihre Teilhabe zwar im Prozess eingeplant, der Einbezug der eingeholten Meinungen in den weiteren Verlauf des Vorhabens ist aber nicht zwingend (vgl. ebd.:29-30).

Mit **Stufe 4** beginnt auch auf dieser Seite der Pyramide die echte Partizipation. „An Entscheidungen mitwirken“ heißt, dass Fachleute und Bürger*innen zusammen über einzelne Aspekte des Vorhabens entscheiden. **Stufe 5**, „Freiräume der Selbstverantwortung nutzen“, ermöglicht es Bürger*innen, bereits in bestimmten Bereichen die alleinige Verantwortung zu übernehmen und eigenständig Entscheidungen zu treffen. Volle Entscheidungsmacht wird den Bürger*innen in **Stufe 6**, „Bürgerschaftliche Entscheidungsfreiheit ausüben“, zugestanden. Alle Belange werden von den Betroffenen entschieden. Die Initiative zu dem Vorhaben geht aber dennoch von einer Institution aus, was den Unterschied zu **Stufe 7** „Zivilgesellschaftliche Eigenaktivität“ ausmacht (vgl. ebd.:30-31).

Zivilgesellschaftliche Eigenaktivität und damit Formen der Selbstorganisation stellen eine Sonderform der Partizipation dar, da sie „Selbstorganisation, Eigenlogik, Selbstermächtigung und die Schaffung neuer Strukturen“ betont, „während unter Partizipation zumeist Formen der Teilnahme bzw. Teilhabe am Bestehenden sowie durchaus auch dessen Veränderung verstanden wird“ (Moser 2013:145). Da der Selbstorganisation von

Bürger*innen in jedem Fall eine gewisse übergeordnete Rolle zuzuschreiben ist, wird das Thema im Kapitel 4.2.1 noch einmal gesondert aufgegriffen.

4.1.4 Partizipation, aber wie?

Bürger*innen zwar in einen Prozess einzubinden, sie aber in der Entscheidungsfindung außen vor zu lassen, erzeugt Frustration und Apathie. Ernstgemeinte Partizipation bedeutet mitzuentcheiden. „Sie basiert auf klaren Vereinbarungen, die regeln, wie eine Entscheidung gefällt wird und wie weit das Recht auf Mitbestimmung reicht.“ (Straßburger / Rieger 2014:230)

Partizipation sollte nicht als Formalakt, sondern als kommunikativer Prozess verstanden werden, der auf die jeweiligen Anforderungen eines Projekts und auf den jeweiligen Stand des Projektverlaufs angepasst wird (vgl. Reinert 2012:38). Um den unterschiedlichen Motivationslagen zur Beteiligung und den weiter oben beschriebenen individuellen Lebensentwürfen der Bürger*innen Rechnung zu tragen, wurde ein breites Spektrum an Partizipationsmethoden entwickelt. Dazu gehören Großgruppenmethoden und die aktivierende Befragung (siehe Kapitel 3.3), das Modell der Bürger*innen-Räte (siehe Kapitel 11.7.1) und eine Vielzahl weiterer Methoden wie Stadtteilforen, die Zukunftswerkstatt oder der Runde Tisch. Auch wenn es mittlerweile eine ganze Reihe von Methodenliteratur und frei zugänglichen Datenbanken gibt, gehören die Begleitung derartiger Prozesse durch entsprechende Fachleute und die Bereitstellung einer Infrastruktur, die Engagement fördert, zum Um und Auf einer Beteiligungskultur, die nicht nur gut gemeint ist (vgl. ebd.:34-35; Süß / Trojan 2012:195). Die folgende Tabelle listet eine Auswahl an Bürger*innenbeteiligungsmethoden auf. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Methoden der Bürger*innenbeteiligung		
Aktivierende Befragung	Demokratiewerkstatt	Planspiel
Anwaltsplanung	Fokusgruppen	Planungszelle
Arbeitsgruppe/Arbeitskreise	Ideenpostkarten	Runder Tisch
Bürger*innenausstellung	Konsensuskonferenz	Stellungnahmeverfahren
Bürger*innenpanel	Marktstandausstellung	World Café

Bürger*innenrat	Mediation	Stadtteil-/Regionalforum
Bürger*innenversammlung	Open Space	Zukunftskonferenz
Community Organizing	Perspektivenwerkstatt	Zukunftswerkstatt

Tabelle 2: Auswahl an Bürger*innenbeteiligungsmethoden; Quelle: eigene Darstellung nach Arbter (2012; 2013); Ley / Weitz (2012)

4.1.5 Probleme und Grenzen der Partizipation

Bei allem Enthusiasmus, der der Beteiligung von Bürger*innen und Öffentlichkeit seit einiger Zeit entgegengebracht wird, gilt es nicht aus den Augen zu verlieren, dass auch den Möglichkeiten der Partizipation Grenzen gesetzt sind und dass es Zugänge zum Thema Beteiligung gibt, die längerfristig mehr Frust als Lust an der Mitgestaltung des Gemeinwesens erzeugen. Wer also die lokale Bevölkerung nicht nur einbinden möchte, um das Modewort „Partizipation“ in einem Förderantrag zu rechtfertigen, sollte, dem Bürger*innenbeteiligungsexperten Adrian Reinert (2012:37) folgend, in der Arbeit mit partizipativen Methoden einige Aspekte beachten:

- Organisierte Interessen tendieren in Partizipationsverfahren dazu, sich in den Vordergrund zu drängen.
- Klassische Methoden der Einbeziehung wie Einsichtnahmen oder Anhörungen sind oft nur oberflächlicher Natur, da die wenigsten Bürger*innen über ihre Möglichkeiten Bescheid wissen, die Rahmenbedingungen nicht einmal theoretisch eine breite Beteiligung zulassen und letztendlich nur die wenigsten Bürger*innen von diesem Angebot Gebrauch machen.
- Bürger*innenbeteiligung ist sozial selektiv. Es überwiegen Hochausgebildete, Besserverdiener*innen, Männer mittleren Alters, Beschäftigte des öffentlichen Dienstes und Organisationsvertreter*innen, während Menschen mit Migrationshintergrund, Jugendliche, Frauen und Senior*innen unterrepräsentiert sind.
- Im Vergleich zu den Professionist*innen, die im Rahmen ihrer bezahlten Arbeitszeit an Partizipationsverfahren teilnehmen, wird von Bürger*innen erwartet, ihre Freizeit für die Mitsprache zu opfern. Menschen mit einer hohen Arbeitsbelastung wie z.B. Alleinerzieher*innen mangelt es schlicht an der Zeit, sich gesellschaftlich zu beteiligen.
- Gesellschaftliche Abschottungstendenzen führen dazu, dass verschiedene Bevölkerungsgruppen mehr *über* die anderen als mit ihnen diskutieren. Meinungsbestätigung wird häufig dem Meinungsaustausch vorgezogen.
- Ein Dilemma in Partizipationsprozessen besteht darin, dass Bürger*innen häufig erst bei persönlicher Betroffenheit Interesse und Engagement zeigen. Die Möglichkeiten

der Einflussnahme sind zu diesem Zeitpunkt jedoch nur mehr gering (siehe Abbildung 16).

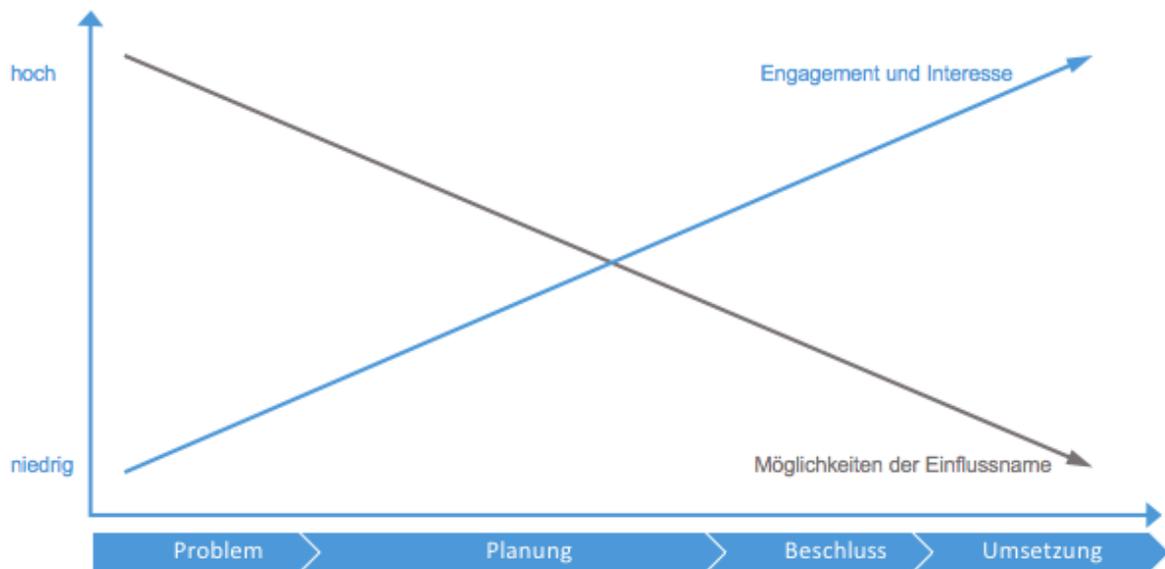


Abbildung 16: Das Partizipationsparadoxon; Quelle: eigene Darstellung nach Reinert (2012:38)

4.1.6 Verbriefte Beteiligung – Politische Bekenntnisse zur Partizipation

Partizipation ist in aller Munde, und vermehrt ringen sich auch politische Entscheidungsträger*innen dazu durch, Beteiligung zuzulassen. In den folgenden Absätzen finden sich sowohl relevante gesetzliche Verankerungen von Bürger*innenbeteiligung als auch Publikationen politischer Gremien, die als (unverbindliches) Bekenntnis zur Partizipation auf der jeweiligen politischen Ebene zu werten sind.

Bereits im ausklingenden 20. Jahrhundert wurde mit der Agenda 21 (UN 1992) auf der UN-Konferenz in Rio ein globaler Aktionsplan für eine nachhaltige Entwicklung verabschiedet. In Punkt 28 des Programmes wird die wichtige Rolle der Kommunen und die Beteiligung der Bevölkerung an der Gestaltung der lokalen Umsetzung des Aktionsplanes betont. Die darauf basierenden Prozesse der „**Lokalen Agenda 21**“ setzen in den Gemeinden und städtischen Bezirken wichtige Impulse für die Beteiligung von Bürger*innen in der zukunftsfähigen Gestaltung ihrer unmittelbaren Lebensräume. In Niederösterreich wird die Lokale Agenda 21 im Programm „Gemeinde 21“ umgesetzt (vgl. Amt der NÖ Landesregierung o.A.).

Im Jahr 2008 wurde im österreichischen Ministerrat die Erarbeitung von „**Standards der Öffentlichkeitsbeteiligung**“ beschlossen, die der Bundesverwaltung bei der Beteiligung

der Öffentlichkeit behilflich sein sollen. Drei Jahre später wurden diese als „Praxisleitfaden“ (Arbter 2011) von Bundeskanzleramt und Lebensministerium veröffentlicht.

Eine Vorreiterrolle in Sachen Partizipation auf Landesebene nimmt das Bundesland Vorarlberg ein. Mit dem „**Büro für Zukunftsfragen**“, einer Stabstelle der Landesregierung, lenkt das westlichste Bundesland Österreichs bereits seit fast zwei Jahrzehnten auch international die Aufmerksamkeit auf sich. Die Partizipation der Bevölkerung, besonders durch die Methode „Bürger*innen-Rat“ (siehe Kapitel 10.3), zählt zu den wichtigsten Aufgaben der Institution (vgl. Nanz / Leggewie 2016:40). Im Jahr 2009 wurde das Bekenntnis zur Bürger*innenbeteiligung mit dem „Positionspapier Partizipation“ (Lederer 2009) untermauert und 2013 schließlich in Artikel 1(4) der **Landesverfassung** verankert. Das Land Salzburg schloss sich dieser Initiative drei Jahre später an und bekennt sich seither in Artikel 5(5) seines Verfassungsgesetzes zur „partizipativen Demokratie“.

Auf kommunaler Ebene hält bürgerschaftliche Mitbestimmung besonders in der städtischen Planung und Entwicklung Einzug. So beschloss die Stadt Wien im Dezember 2017 einen „**Masterplan zur partizipativen Stadtentwicklung**“ (Ehmayer et al. 2016) und gab bereits fünf Jahre davor ein „Praxishandbuch Partizipation“ (Arbter 2012) heraus. Das Land Niederösterreich folgte kurz darauf mit der Veröffentlichung des Beteiligungshandbuchs „Ortsplanung mit der Bevölkerung“ (Arbter 2013). Der Grazer Gemeinderat ließ im Jahr 2014 „**Leitlinien für BürgerInnenbeteiligung**“ (Stadt Graz 2014) formulieren und installierte ein Referat sowie einen Beirat für Bürger*innenbeteiligung (Stadt Graz o.A.). In Niederösterreich schreitet die Stadt Krems mit ihrem „**Modell zur Information und Bürgerbeteiligung**“ (Weitzer / Trattnigg / Haderlapp 2017) voran, das im Rahmen des Stadtentwicklungskonzeptes Krems 2030 erstellt wurde und einen systematischen Ansatz zur Partizipation der Bevölkerung beinhaltet.

4.1.7 Partizipation in der Sozialen Arbeit

Die Soziale Arbeit versteht unter Partizipation abgesehen von der bisher behandelten bürgerschaftlichen Beteiligung am Gemeinwesen auch „die Teilhabe der Menschen an sozialen Entscheidungsprozessen, die ihren Alltag wesentlich beeinflussen“ (Scheu / Autrata 2013:75). Das heißt, der Begriff umfasst auch die Beteiligung an Entscheidungen, die „nur“ das eigene Leben der Klient*innen Sozialer Arbeit umfassen. Menschen, die ein selbstbestimmtes Leben führen, mag bei der Vorstellung, dass sie ihr Leben betreffende Entscheidungen nicht mehr autonom, sondern partizipativ fällen sollen, unwohl werden, für Klient*innen Sozialer Arbeit wurde jedoch mit der Einführung des Begriffs in

die Theorie und Lehre ein enormer Fortschritt erreicht. Bis in die 1970er/1980er-Jahre dominierte in der Sozialen Arbeit noch die Vorstellung, dass Sozialarbeiter*innen genau wüssten, welche Ziele für ihre Klient*innen erstrebenswert und welche Maßnahmen zu deren Erreichung die besten wären. Erst in den 1980ern und besonders in den 1990ern wird Menschen, die Beratung und/oder Begleitung benötigen, um ihre Probleme wieder in den Griff zu bekommen, ein Mitspracherecht eingeräumt (vgl. Scheu / Aufrata 2013:75).

Die Anwendung des Begriffes „Partizipation“ in der Sozialen Arbeit zielt damit vorwiegend auf „die Beteiligung von (potenziellen) Klienten/Nutzern an Entscheidungen über Angebots- und Leistungsstrukturen, an Entscheidungen über Bedarfe und Leistungen im individuellen Betroffenheitsfall und an Entscheidungen in Prozessen der Leistungserbringung“ und „die Ausübung von Wahlfreiheit in Bezug auf unterschiedliche Spezifikationen von Leistungen (Typ, Leistungserbringer, Fachkräfte, Bezugspersonen) durch die Klienten“ (Schnurr 2011:1069). Wobei in der Fachliteratur die Partizipation von Kindern und Jugendlichen im Gemeinwesen und in der Kinder- und Jugendhilfe besonders große Aufmerksamkeit erfährt, seit die UN-Kinderrechtskonvention und andere nationale Gesetze Minderjährigen vermehrt Rechte einräumen (vgl. ebd.).

Die breitenwirksame Einführung des Partizipationsbegriffs in die Soziale Arbeit erfolgte mit dem Prinzip der **Lebensweltorientierung** (siehe Kapitel 2.6.1). Nach Hans Thierschs (2014) lebensweltorientiertem Zugang sollen Hierarchien zwischen Berater*innen und Klient*innen in der Sozialen Arbeit abgebaut und das kooperative Erarbeiten von Problemlösungswegen vor die bevormundende Bewilligung von Hilfeleistung gestellt werden. Expert*innen der Sozialen Arbeit sehen sich Expert*innen ihrer eigenen Lebenswelt gegenüber und sind bemüht, möglichst auf Augenhöhe mit ihnen zu arbeiten. Klient*innen Sozialer Arbeit werden damit gleichzeitig als Konsument*innen und Co-Produzent*innen ihres Hilfeprozesses gesehen (vgl. Scheu / Aufrata 2013:79–81).

In den Theorien zur Gemeinwesenarbeit (siehe Kapitel 3), aber auch in der Arbeit mit Gruppen und im Empowerment-Konzept (siehe Kapitel 4.3) wird Partizipation eine besonders wichtige Rolle zugeschrieben (Scheu / Aufrata 2013:77).

In diesen Zusammenhängen wird der Begriff vermehrt im Sinne einer bürgerschaftlichen Teilhabe verwendet, was die am Anfang des Kapitels angesprochene unscharfe Abgren-

zung zwischen der individuellen Beteiligung an der Gestaltung sozialarbeiterischer Hilfefprozesse und der Partizipation von Nutzer*innen sozialer Dienstleistungen am Gemeinwesen zur Folge hat.

4.1.8 Partizipation und Gesundheit

„Die Menschen haben das Recht und die Verpflichtung, sich individuell und kollektiv an der Planung und Umsetzung ihrer Gesundheitsversorgung zu beteiligen“ (WHO 1978:1).

Partizipation im Gesundheitssystem kann, wie die Beteiligungsmöglichkeiten in der Sozialen Arbeit, auf individueller oder auf kollektive Ebene stattfinden. Auf **individueller Ebene** geht es darum, Patient*innen in sie betreffende Behandlungsentscheidungen einzubeziehen (vgl. Forster 2015:4). Partizipation auf **kollektiver Ebene** erfolgt durch die Involvierung von bestimmten Gruppen oder Organisationen in Entscheidungsprozesse, die das Themenfeld Gesundheit betreffen wie z.B. die Gestaltung von Gesundheitsdiensten. Als Ziele kollektiver Partizipation im Gesundheitsbereich können die bessere Durchsetzbarkeit von Nutzer*innenanliegen, eine qualitative Verbesserung der Gesundheitsleistungen, der Abbau sozial bedingter Versorgungsunterschiede, die Förderung von Empowerment und die Steigerung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung genannt werden. Dies kann unter Einbeziehung der Perspektive der allgemeinen Öffentlichkeit oder aber unter Hinzuziehen der Patient*innenperspektive, also durch Personen mit besonders ausgeprägter Nutzer*innenerfahrung, erfolgen. In Österreich ist die Partizipationskultur im Gesundheitsbereich überschaubar (vgl. Forster 2015:4, 20).

Eine Ausnahme bilden Maßnahmen im Bereich der **Gesundheitsförderung** (siehe Kapitel 5). Denn wer im Sinne der Ottawa-Charta (WHO 1986) in der gemeindenahen Gesundheitsförderung agieren möchte, kommt an Methoden der Partizipation und Bürger*innenbeteiligung nicht vorbei, da die WHO-Erklärung von Aufforderungen zur Partizipation durchzogen ist (vgl. Süß / Trojan 2012:194).

„Gesundheitsförderung wird realisiert im Rahmen konkreter und wirksamer Aktivitäten von Bürgern in ihrer Gemeinde [...] Die Unterstützung von Nachbarschaften und Gemeinden im Sinne einer vermehrten Selbstbestimmung ist ein zentraler Angelpunkt der Gesundheitsförderung [...] Die Stärkung von Nachbarschaften und Gemeinden baut auf den vorhandenen menschlichen und materiellen Möglichkeiten der größeren öffentlichen Teilnahme und Mitbestimmung auf. Selbsthilfe und soziale Unterstützung sowie flexible Möglichkeiten der größeren öffentlichen Teilnahme und Mitbestimmung für Gesundheitsbelange sind dabei zu unterstützen bzw. neu zu entwickeln“. (WHO 1986:4)

Der Soziologe Rudolf Forster (2015:12) forscht seit geraumer Zeit an den Möglichkeiten der Partizipation im Gesundheitsbereich. Er verweist auf **drei Entscheidungsebenen**,

in denen Beteiligung erfolgen kann: Die **Mikroebene** (1), auf der individuelle Entscheidungen auf Patient*innenebene getroffen werden, die **Mesoebene** (2), mit Blick auf eine Versorgungsregion oder bestimmte Einrichtungen und die **Makroebene** (3), in der es um allgemeine Fragen zu Organisation und Ressourcen des Gesundheitssystems geht. Dabei nehmen Entscheidungen, die in den oberen Ebenen getroffen werden, Einfluss auf die darunterliegenden. Auf der **Mesoebene**, auf die dieses Forschungsprojekt ausgerichtet ist, kann die Bevölkerung in die Entwicklung von Strategien für Organisationen und Regionen, in die Planung von regionalen Angeboten, und in die Koordination von Leistungen zwischen den Anbietern einbezogen, sowie in Fragen der Qualitätssicherung und Patient*innensicherheit, des Beschwerdemanagements, der Evaluation und der Patient*inneninformation involviert werden (vgl. Forster 2015:13).

Zur Umsetzung von Bürger*innen und Patient*innenbeteiligung im Gesundheitsbereich werden folgende Maßnahmen genannt, wobei es sich nach dem Modell der Partizipationspyramide hierbei zum Teil um Vorstufen der Partizipation handelt. Da echte Beteiligung erst stattfindet, wenn Bürger*innen Entscheidungen tatsächlich beeinflussen können, ist die Trennung zwischen Vorstufe und echter Partizipation oft nur unscharf möglich. So bestimmt bei Prozessen der Meinungseinholung erst die spätere tatsächliche Berücksichtigung im Entscheidungsprozess, ob von echter Partizipation gesprochen werden kann. Zusätzlich zu den angeführten Möglichkeiten thematisiert Forster den Einsatz von E-Partizipation via Internet (vgl. ebd.:18–19).

Vorstufe zur Partizipation	Partizipation
Informationsveranstaltungen	Bürger*innen-Jury / Konsensuskonferenzen
Bürgerversammlungen, Enqueten (Information und Anhörung)	Integration von Bürger*innen / Patient*innen in „task forces“ zu konkreten Problemen
Befragungen zur Erfassung von PatientInnen- und BürgerInnen-Perspektiven	Integration von Bürger*innen / Patient*innen in Gremien
Fokusgruppen zur Meinungsbildung zu vordefinierten Fragen	
Arbeitsgruppen, Räte u. ä. (eigene Problemdefinition und Lösungsentwicklung)	

Bürger*innen- / Patient*innen-Beiräte	
Beratschlagende Workshops	

Tabelle 3: Partizipationsmaßnahmen im Gesundheitssystem; Quelle: eigene Darstellung nach Forster (2015:17); Kategorisierung nach Straßburger / Rieger (2014:232–233)

Trotz der unüberhörbaren Forderung nach Beteiligung von Bürger*innen in Gesundheitsfragen ist möglichst zu vermeiden, partizipative Methoden um ihrer selbst willen einzusetzen. Entscheidungsträger*innen sollten sich vor Augen halten, dass die Einbeziehung der Bürger*innen zwar immer in Betracht gezogen werden sollte, es aber durchaus auch Momente und Themen gibt, bei denen eine Top-down-Entscheidung gerechtfertigt sein kann. Beispielsweise dann, wenn in Beteiligungsprozessen die Diskriminierung bestimmter Bevölkerungsgruppen zu erwarten ist (vgl. Süß / Trojan 2012:195).

Ist die Gesundheitsversorgung einer Gemeinde in ein Gemeinwesenzentrum integriert, steht gleichsam die benötigte Infrastruktur und das nötige Know-how zur Bürger*innenbeteiligung zur Verfügung. Professionelle können durch die geschaffene Infrastruktur **regelmäßig mit der Bevölkerung im Austausch** stehen und Fragen aus dem Gesundheitsbereich gemeinsam mit sozialen Anliegen diskutieren, wie es die Ausrichtung an einem ganzheitlichen Gesundheitsbegriff erfordert. Die Kommunikationswege sind kurz, und Anliegen der Bevölkerung können rasch und unkompliziert vom Versorgungssystem aufgenommen werden.

Der Entwicklungsprozess eines Gemeinwesenzentrums sollte von Anfang an so gestaltet sein, dass die Bevölkerung das Zentrum als das ihre begreift. Entsprechend gilt es, den Beteiligungsprozess so früh wie möglich in der Planungsphase zu starten. Die Einbeziehung der Öffentlichkeit in die Planung sollte als Beginn einer **partizipativen Kultur** verstanden werden, die im Betrieb formell verankert wird. Dazu müssen alle von Entscheidungen Betroffenen **rechtzeitig Zugang zu den relevanten Informationen** erhalten, um sich eine Meinung bilden zu können und wenn nötig, Verbündete zu suchen. Der Raum für Mitbestimmung muss in der **Gestaltung der Arbeitsprozesse** der betroffenen Mitarbeiter*innen Berücksichtigung finden. Hürden, die den Zugang zum Gemeinwesenzentrum erschweren, sollten vermieden werden. Eine Hürde kann nicht nur eine bauliche Barriere sein, sondern auch, wenn sich jemand schämt, ins Zentrum zu gehen oder weil die Angebote im Zentrum nur gegen Bezahlung genutzt werden können. Jede*r Bürger*in sollte die Möglichkeit haben mitzugestalten. Die bereits in der partizipativen Pla-

nung begonnene **Orientierung an den Bedürfnissen der Bevölkerung** sollte im Betrieb aufrechterhalten werden (vgl. Straßburger / Rieger 2014:237–238). Um dies zu gewährleisten, müssen Leistungsangebot und Bedarf in regelmäßigen Abständen evaluiert und das Portfolio des Gemeinwesenzenentrums entsprechend adaptiert werden.

4.2 Bürgerschaftliches Engagement / Zivilgesellschaft

„Bürgerschaftliches Engagement ist eine zentrale Grundlage lokaler Demokratie. Lokale Demokratie kann überhaupt nur lebendig werden, wenn möglichst viele Bürgerinnen und Bürger bereit sind, sich einzumischen und Mitverantwortung zu übernehmen.“ (Adrian Reinert [2012:35], ehem. Geschäftsführer Stiftung MITARBEIT)

Der vom österreichischen Sozialministerium veröffentlichte „Freiwilligenbericht“ erklärt **„bürgerschaftliches Engagement“** als eine „demokratische Emanzipationsbewegung [...] die durch freiwilliges Engagement geprägt ist und auf die Einflussnahme und Teilhabe an der Gestaltung und Weiterentwicklung des öffentlichen Lebens abzielt“ (Hofer 2015:14). Im Vorgängerbericht wird außerdem die Eigeninitiative betont, die hinter derartigem Engagement steckt (vgl. More-Hollerweger / Sprajcer / Eder 2009:4).

Die Enquete-Kommission „Zukunft des bürgerschaftlichen Engagements“ des Deutschen Bundestages bezieht sich in ihrer Definition von bürgerschaftlichem Engagement auf das Leitbild der Bürger*innengesellschaft und erweitert die Bedeutung um die „Nutzung von Beteiligungsmöglichkeiten“ zur Einflussnahme auf das Gemeinwesen (Enquete-Kommission 2002:59; zit.n. Kubisch / Störkle 2016:23).

Bereits an diesen drei Definitionsversuchen ist ersichtlich, dass auch der Begriff „bürgerschaftliches Engagement“ in der Literatur uneinheitlich Verwendung findet.

Zivilgesellschaft wird häufig auch als eine vermittelnde, korrigierende Instanz betrachtet, die dort einspringt, wo es der Staat nicht (ausreichend) tut. In Summe findet sich unter dem Sammelbegriff eine Vielzahl von Organisationsformen wie Vereine, Initiativen, Nachbarschaftshilfen, NGOs bis hin zu Stiftungen und Mäzenatentum (vgl. Kubisch / Störkle 2016:25).

Obwohl die Begriffe „bürgerschaftliches“ und „zivilgesellschaftliches Engagement“ weitgehend synonym verwendet werden, wohnt dem Begriff „Zivilgesellschaft“ durchaus

auch eine kritische Haltung gegenüber Staat und Markt inne, während „bürgerschaftliches Engagement“ die „Übernahme verschiedener Aufgaben im Rahmen des Gemeinwesens“ betont (More-Hollerweger et al. 2009:4). Im Gegensatz zum „Ehrenamt“ und zum „Freiwilligenengagement“, die die Einbettung in eine Organisation bedingen (vgl. ebd. 3; Freiwilligengesetz § 2[2]), lässt die Begrifflichkeit „bürgerliches Engagement“ den Organisationsrahmen eher offen (vgl. Herriger 2014:132).

Freiwilliges soziales Engagement kann in drei Kategorien von unentgeltlichen Tätigkeiten unterteilt werden: „soziale Selbsthilfe“ in freien Zusammenschlüssen, „ehrenamtliche Mitarbeit“ beispielsweise in wohltätigen Vereinen und „strittige bürgerschaftliche Initiativen“, die eine Gegenmacht zu umstrittenen Vorhaben und Entscheidungen aufbauen. Gemeinsam ist diesen Betätigungsfeldern, dass sie dem Gefühl des Ausgeliefertseins und der Machtlosigkeit gemeinschaftlich Paroli bieten (vgl. Herriger 2014:131).

Mit der zunehmenden Ausdifferenzierung unterschiedlicher Lebensstile und Wertvorstellungen haben sich auch die Formen des bürgerschaftlichen Engagements verändert. Die Mitgliedschaft in Parteien, Vereinen oder kirchlichen Gruppen wird häufig gegen das Aktivwerden in einer Bürger*inneninitiative, einer Selbsthilfegruppe oder einem anderen themenbezogenen Netzwerk eingetauscht. Oft ist die persönliche Betroffenheit von einem Missstand Auslöser dafür, den Wandel vom passiven Opfer zum*zur aktiven Bürger*in zu vollziehen. Bürger*innen engagieren sich dabei themenspezifisch und sind heute mehr von den eigenen Interessen und Neigungen geleitet als von Ideologien und Selbstlosigkeit. Das Engagement ist außerdem häufig projektbezogen und findet damit in einem zeitlich überschaubaren Rahmen statt (vgl. Reinert 2012:34-35).

46 Prozent der Österreicher*innen ab 15 Jahren sind in irgendeiner Form freiwillig tätig. Mehr als ein Viertel tut dies im Vereinswesen und/oder in anderen Institutionen und Organisationen. Fast jede*r Dritte übernimmt in seiner*ihrer Freizeit informelle unbezahlte Tätigkeiten wie in der Nachbarschaftshilfe oder bei Besuchsdiensten. Niederösterreich bildet im Bundesländervergleich mit einer Beteiligungsquote von 31 Prozent das Schlusslicht. Sowohl bei den informellen Hilfen (20 Prozent), als auch bei Ehrenämtern in Vereinen und Organisationen (17 Prozent) liegt Niederösterreich am letzten Platz (vgl. Hofer 2015:18, 23).

Eine Möglichkeit, Strukturen zu schaffen, die das ehrenamtliche Engagement beleben, ist der Betrieb von **Freiwilligenagenturen** (vgl. Heimgartner 2009:163). Ein GeSo kann die Rolle einer derartigen regionalen Freiwilligenbörse integrieren und Menschen, die

sich gerne engagieren möchten, Organisationen, losen Zusammenschlüsse oder Einzelpersonen, die freiwilliges Engagement in Anspruch nehmen möchten, vermitteln. Die Gemeinwesenarbeiter*innen helfen Bürger*innen außerdem dabei, Projekte, die dem Gemeinwesen dienen, umzusetzen, stellen dafür Infrastruktur zur Verfügung und haben dadurch im Blick, wo welche Form von Mitarbeit gebraucht wird. Sie kennen die regional tätigen Wohlfahrtsorganisationen sowie das lokale Vereinswesen und sind mit Menschen in Kontakt, die Unterstützung suchen. Ein Gemeinwesen mit integrierter Gesundheitsversorgung ist dem Ausbau und Erhalt von Freiwilligenarbeit und bürgerschaftlichem Engagement damit in mehrfacher Hinsicht dienlich.

4.2.1 Selbstorganisation/Selbsthilfe

Wie bereits im Kapitel 1.1 erwähnt, handelt es sich bei **Selbstorganisation**, im Sinne von zivilgesellschaftlicher Eigeninitiative, um die höchste Form gesellschaftlicher Beteiligung. Sie hebt sich von den übrigen Partizipationsstufen ab, da Bürger*innen nicht bloß an einem Vorhaben teilnehmen, sondern das Vorhaben selbst initiieren und umsetzen, unabhängig davon, ob dies von Professionellen gewünscht wird oder nicht (vgl. Straßburger / Rieger 2014:33).

Menschen schließen sich häufig aufgrund einer tiefen Unzufriedenheit mit den gegebenen Umständen zusammen, um mit vereinten Kräften Missstände zu beseitigen und ihre Lebenswelt aktiv zu gestalten (vgl. Herriger 2014:130).

Historisch betrachtet hat die Selbstorganisation von Bürger*innen eine lange Tradition; so können bereits die mittelalterlichen Gilden und Zünfte als Formen der Selbstorganisation betrachtet werden. Ab dem 18. Jahrhundert waren es vor allem bürgerliche Frauen, die in Eigenregie wohltätige Vereine gründeten und ihre Zeit unentgeltlich in den Dienst der Armenhilfe o.Ä. stellten (siehe Kapitel 2.2). Mit der voranschreitenden Industrialisierung waren es schließlich die Gewerkschaften und Arbeitervereine, die durch Selbsthilfe die strukturelle Benachteiligung der Arbeiterschaft ausgleichen sollten (vgl. ebd:131).

Mit den Erfolgen der Arbeiterbewegung und dem Aufbau des Sozialstaats verlor die Selbsthilfebewegung vorerst an Bedeutung, da der Staat sich vermehrt jener Aufgaben annahm, die davor, mangels Alternativen, von der Zivilgesellschaft getragen werden mussten. In den 1970er- und 1980er-Jahren entwickelte sich eine „neue Selbsthilfebewegung“. Diese versucht nicht das Fehlen staatlicher Hilfeleistungen auszugleichen,

sondern ist häufig als Kritik an sozialstaatlichen Entwicklungen zu verstehen. Sie springt da ein, wo der Staat nicht mehr kann bzw. seine Repräsentant*innen es nicht wollen (vgl. ebd:132).

Selbsthilfegruppen sind lose Zusammenschlüsse gleichbetroffener Menschen, die der Problembewältigung dienen. In Form von regelmäßigen Gesprächsrunden werden Erfahrungen ausgetauscht und es wird gegenseitig Hilfe geleistet. Sie treten nach außen hin geschlossen als Interessensvertretung auf und streben in der Regel auch nach sozialer Veränderung. Zumeist sind Selbsthilfevereinigungen informellen Charakters, agieren möglichst wohnortnahe und verursachen für ihre Mitglieder keine Kosten (vgl. Thiel 1990:202-203).

Abgesehen von der Funktion, sozialstaatliche Schwachstellen zu kompensieren, erfüllen Formen der Selbstorganisation und Selbsthilfe auch noch andere Aufgaben. So überbrücken derartige Initiativen die Kluft zwischen der Einzelperson und einer immer komplexer werdenden Ebene staatlicher und internationaler gesellschaftlicher Organisationen. Sie bieten die Möglichkeit relativ selbstbestimmter gesellschaftlicher Teilhabe und einer Form politischer Partizipation (vgl. Herriger 2014:132f). Dies ist als Teil einer persönlichen Selbstermächtigung zu verstehen, die im nächsten Abschnitt behandelt wird.

4.2.2 Empowerment

„Der Begriff ‚Empowerment‘ bedeutet Selbstbefähigung, Selbstermächtigung, Stärkung der Eigenmacht und Autonomie und Selbstverfügung. Empowerment beschreibt mutmachende Prozesse der Selbstermächtigung, in denen Menschen in Situationen des Mangels, der Benachteiligung oder der gesellschaftlichen Ausgrenzung beginnen, ihre Angelegenheiten selbst in die Hand zu nehmen, in denen sie sich ihrer Fähigkeiten bewusst werden, eigene Kräfte entwickeln und ihre individuellen und kollektiven Ressourcen zu einer selbstbestimmten Lebensführung nutzen lernen. Empowerment [...] zielt auf die (Wieder) Herstellung von Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Alltags.“ (Herriger 2014:20)

Empowerment kann nicht direkt von professionellen sozialen Dienstleister*innen hergestellt werden, vielmehr geht es darum,

„Menschen das Rüstzeug für ein eigenverantwortliches Lebensmanagement zur Verfügung zu stellen und ihnen Möglichkeitsräume aufzuschließen, in denen sie sich die Erfahrung der eigenen Stärke aneignen und Muster einer solidarischen Vernetzung erproben können.“ (Herriger 2014:19-20)

Der besondere Gehalt des Konzeptes liegt darin, dass es den Zusammenhang zwischen Individuum, sozialer Gruppe und Gesellschaft betont, in dem es persönliche Stärken, Selbsthilfe und sozialpolitisches Engagement verbindet. Der Ansatz fußt auf der Annahme, dass Macht in unserer Gesellschaft ungleich verteilt ist und dies einen großen

Teil der menschlichen Probleme verantwortet. Aus diesem Grund muss die Veränderung der Machtverteilung in die psychosoziale Arbeit zur Problembewältigung einbezogen werden. Bemühungen um die Erschließung der vollen gesellschaftlichen Teilhabe einer Einzelperson stehen damit immer im Zusammenhang mit einer Aushandlung von Bürger*innen-, Menschen- und sozialen Rechten (vgl. Seckinger 2011:313).

Damit finden Empowerment-Prozesse auf den folgenden vier Ebenen statt (vgl. Herriger 2014:86–186; Straßburger / Rieger 2014:44-45):

- Ebene der Einzelperson

Der*die Einzelne soll gestärkt werden, persönliche Angelegenheiten selbst zu lösen. Statt dem Erteilen von Ratschlägen wird versucht, gemeinsam mit dem*der Hilfesuchenden Lösungen für sein*ihr Problem zu erarbeiten. Seine*ihre Stärken und Ressourcen werden identifiziert und der*die Hilfesuchende zu deren Einsatz motiviert.

- Gruppenebene

Das Sozialkapital der*des Einzelnen (siehe Kapitel 1.4) und das gesamte Gemeinwesen sollen durch den Aufbau und die Förderung von Selbsthilfegruppen und sozialen Netzwerken gestärkt, die Arbeit dieser Zusammenschlüsse unterstützt und die Vernetzung der Gruppen untereinander gefördert werden.

- Institutionelle Ebene

Menschen sollen bestärkt werden, ihre Interessen zum Thema professioneller (Sozialer) Arbeit zu machen. Durch die Einforderung von Partizipation und die Evaluationsmöglichkeiten von Angeboten kann so die Helfelandschaft längerfristig den Anforderungen entsprechend adaptiert werden.

- Gesellschaftliche Rahmenbedingungen

Auf dieser Eben sollen Menschen befähigt werden, (sozial-)politische Prozesse zu beeinflussen. Dies kann durch die Einforderung und Nutzung von Bürger*innenbeteiligungsangeboten geschehen, aber auch durch zivilgesellschaftliche Selbstorganisation.

Der Empowerment-Ansatz ist methodisch offen, wobei neben der Orientierung an Ressourcen die genannte Förderung von Selbsthilfe und die Arbeit an und mit Netzwerken dennoch als typische Handlungsansätze genannt werden können (vgl. Seckinger 2011:313).

Dort, wo es an den Möglichkeiten zur Selbstorganisation mangelt, müssen entsprechende Strukturen und Hilfen bereitgestellt werden, um Netzwerkarbeit zu ermöglichen. Vor allem in Deutschland wurden zu diesem Zwecke in den 1980er-Jahren Serviceagenturen für Selbsthilfe ins Leben gerufen. Diese üben eine Wegweiserfunktion aus; sie vermitteln Starthilfe für Initiativen, Vernetzen die Selbsthilfenetzwerke, initiieren Weiterbildungsangebote und arrangieren Beteiligungsnetzwerke zwischen Professionist*innen und Bürger*innen (vgl. Herriger 2014:151).

Auch diese Aufgaben können und sollen von einem Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung übernommen werden. Sie fallen in den Arbeitsbereich der Sozialen Arbeit und der Gesundheitsförderung.

Literatur

Amt der NÖ Landesregierung (o.A.): Gemeinde 21. www.gemeinde21.at [16.03.2018].

Arbter, Kerstin (2011): Standards der Öffentlichkeitsbeteiligung. Praxisleitfaden. Wien: Bundeskanzleramt / Lebensministerium.

Arbter, Kerstin (2012): Praxisbuch Partizipation. Gemeinsam die Stadt entwickeln. Werkstattbericht Nr. 127. Wien: Magistratsabteilung 18.

Arbter, Kerstin (2013): Ortsplanung mit der Bevölkerung. Das Handbuch zur Bürgerbeteiligung in der örtlichen Raumplanung für Niederösterreich. St. Pölten: Amt der NÖ Landesregierung.

Arnstein, Sherry R. (1969): A Ladder of Citizen Participation. In: Journal of the American Institute of Planners. 35 (4), 216–224.

Beck, Ulrich (1986): Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.

Brand, Ulrich (2009): Dynamik und Zusammenhang der Krisendimensionen. Anforderungen an politische Institutionen und Chancen progressiver Politik. Berlin: Heinrich-Böll-Stiftung.

Duden online (o. A.): „Partizipation“; www.duden.de/rechtschreibung/Partizipation [17.03.2018].

Ehmayer, Cornelia / Brosenbauer, Barbara / Kail, Eva / Kickert, Jennifer / Rauscher Beatrix / Rupp-Ebenspanger, Alexandra / Sengelin, Wolfgang (2016): Masterplan für eine Partizipative Stadtentwicklung. Frühzeitiges Beteiligen der Bevölkerung an städtebaulichen Planungs- und Widmungsprozessen. Lektorierter Entwurf. Wien: Magistratsabteilung 21. masterplan-partizipation.wien.gv.at/site/files/2016/12/Masterplan_Partizipation.pdf [17.03.2018].

Forster, Rudolf (2015): Gutachten zur Bürger- und Patientenbeteiligung im österreichischen Gesundheitssystem. Endbericht. Wien: ARGE Selbsthilfe Österreich.

Hart, Roger A. (1997): Children's Participation. London: Earthscan Publ.

Heimgartner, Arno (2009): Strukturelle Rahmenbedingungen für freiwilliges Engagement. In: Heimgartner, Arno / More-Hollerweger, Eva (Hg.): Freiwilliges Engagement in Österreich. Wien: BM für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 162–175.

Herriger, Norbert (2014): Empowerment in der Sozialen Arbeit. 5. Auflage, Stuttgart: W. Kohlhammer.

Hofer, Bernhard (2015): Empirische Ergebnisse zum freiwilligen Engagement. In: Hofer, Bernhard: Bericht zur Lage und zu den Perspektiven des Freiwilligen Engagements in Österreich. 2. Freiwilligenbericht. Wien: BM für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 18–37.

Kubisch, Sonja / Störkle, Mario (2016): Erfahrungswissen in der Zivilgesellschaft: Eine rekonstruktive Studie zum nachberuflichen Engagement. Wiesbaden: Springer VS.

Lederer, Michael (2009): Positionspapier Partizipation. Bregenz: Büro für Zukunftsfragen.

Ley, Astrid / Weitz, Ludwig (Hg.) (2012): Praxis Bürgerbeteiligung. Ein Methodenhandbuch. Bonn: Stiftung Mitarbeit.

Lüttringhaus, Maria (2000): Stadtteilentwicklung und Partizipation. Fallstudien aus Essen-Katernberg und der Dresdener Äußeren Neustadt. Bonn: Stiftung Mitarbeit.

More-Hollerweger, Eva / Sprajcer, Selma / Eder, Eva Maria (2009): Einführung – Definition und Abgrenzung von Freiwilligenarbeit. In: Heimgartner, Arno / More-Hollerweger, Eva (Hg.): Freiwilliges Engagement in Österreich. Wien: BM für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, 1–12.

Moser, Michaela (2013): Krise und Selbstorganisation. In: Bakic, Josef / Diebäcker, Marc / Hammer, Elisabeth (Hg.): Aktuelle Leitbegriffe der Sozialen Arbeit. Ein kritisches Handbuch. Band II. Wien: Löcker, 144–158.

Nanz, Patricia / Leggewie, Claus (2016): Die Konsultative. Mehr Demokratie durch Bürgerbeteiligung. Berlin: Verlag Klaus Wagenbach.

Reinert, Adrian (2012): Bürger(innen)beteiligung als Teil der lokalen Demokratie. In: Praxis Bürgerbeteiligung. Ein Methodenhandbuch. Bonn: Stiftung MITARBEIT, 33–40.

Scheu, Bringfriede / Autrata, Otger (2013): Partizipation und Soziale Arbeit. Einflussnahme auf das subjektiv Ganze. Wiesbaden: Springer VS.

Schnurr, Stefan (2011): Partizipation. In: Otto, Hans-Uwe / Thiersch, Hans. Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 4. Auflage, München / Basel: Ernst Reinhardt Verlag, 1069–1078.

Seckinger, Mike (2011): Empowerment. In: Otto, Hans-Uwe / Thiersch, Hans. Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 4. Auflage. München / Basel: Ernst Reinhardt Verlag, 313–319.

Stadt Graz (o.A.): BürgerInnenbeteiligung; <https://www.graz.at/cms/ziel/7755171/DE/> [17.03.2018].

Stadt Graz. (2014): Leitlinien für BürgerInnenbeteiligung bei Vorhaben und Planungen der Stadt Graz. Graz; www.graz.at/cms/dokumente/10244969_7755171/7c3a11ec/Leitlinien%20f%C3%BCr%20B%C3%BCrgerInnenbeteiligung.pdf [17.03.2018].

Straßburger, Gaby / Rieger, Judith (2014): Partizipation kompakt – Für Studium, Lehre und Praxis sozialer Berufe. Weinheim / Basel: Beltz.

Süß, Waldemar / Trojan, Alf (2012): Partizipation und Beteiligung in der gemeindenahen Gesundheitsförderung. In: Rosenbruck, Rolf / Susanne Hartung (Hg.): Handbuch Partizipation und Gesundheit. Bern: Hans Huber Verlag, 183–196.

Thiel, Wolfgang (1990): Erfahrungen beim Aufbau und der Entwicklung lokaler Selbsthilfegruppen-Kontaktstellen. In: Müller, C. Wolfgang: Selbsthilfe. Ein einführendes Lesebuch. Weinheim / Basel: Beltz, 202–218.

Thiersch, Hans (2014): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel. 9. Auflage, Weinheim / Basel: Beltz.

UNO – United Nations Organisation (1992): Agenda 21. Konferenz der Vereinten Nationen für Umwelt und Entwicklung. Rio de Janeiro.

Weitzer, Reinhard M. / Trattinig, Rita / Haderlapp, Thomas (2017): Modell zur Information und Bürgerbeteiligung. Stadtentwicklung Krems 2030. Krems: Magistrat.

WHO – World Health Organisation (1978): Erklärung von Alma-Ata. Alma-Ata.

WHO – World Health Organisation (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Ottawa.

Wright, Michael T. / Unger, Hella von / Block, Martina (2010): Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Wright, Michael T. (Hg.): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Hans Huber Verlag, 35–52.

5 Gesundheitsförderung

Patricia Renner

Grundsätzlich unterscheidet man bei Interventionen in die Gesundheitsentwicklung der Bevölkerung zwei eng miteinander verbundene Strategien: die **Krankheitsprävention** und die **Gesundheitsförderung** (Hurrelmann / Laaser / Richter 2016:661-662). Die Anfänge von Gesundheitsförderung finden sich bereits im 19. Jahrhundert. Sie entstanden in Verbindung mit der Sozialmedizin und ersten Public-Health-Ansätzen in Folge des massiven Auftretens von Infektionskrankheiten in den Industriestädten. Es wurde auf gesundheitliche Aufklärung und sanitäre Reformen zum Schutz vor ansteckenden Krankheiten gedrängt. Sämtliche Maßnahmen zur Verbesserung der Volksgesundheit bezogen sich damals auf die Vermeidung von Ansteckung mit Infektionskrankheiten und die Verringerung von Ausbreitung (vgl. Naidoo / Wills 2010:79; Hurrelmann / Klotz / Haisch 2010:13). Man spricht dabei von „Krankheitsprävention“ oder kurz „Prävention“. Der Begriff der Gesundheitsförderung entwickelte sich in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Aufgrund des Anstiegs der Morbiditäts- und Mortalitätsraten durch nicht-infektiöse chronische Erkrankungen wurde die Aufmerksamkeit verstärkt auf die Lebens- und Verhaltensweisen der Bevölkerung gelenkt. Im Zuge der WHO-Konferenz in Ottawa 1986 wurde bei der Diskussion um den Gesundheitsbegriff und dessen Umsetzung in Maßnahmen das Konzept „Gesundheitsförderung“ etabliert (vgl. Naidoo / Wills 2010:93-94; Hurrelmann et al. 2010:13-14). Durch die Verbesserung ihrer Lebensbedingungen sollen Menschen eine „[...] Stärkung der gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten erfahren [...]“ (Hurrelmann et al. 2010:13). Im Laufe des 20. Jahrhunderts wurde dadurch eine rein naturwissenschaftliche Sichtweise auf Krankheitsentstehung und Gesundheit vom sogenannten bio-psycho-sozialen Modell abgelöst. Soziale und psychische Faktoren wurden mit Krankheit und Gesundheit in Verbindung gebracht (vgl. ebd.:24) (siehe Kapitel 1.1 und 1.3).

5.1 Definition und Theorien von Prävention und Gesundheitsförderung

In der Krankheitsprävention steht eine Vermeidungsstrategie zur Verhinderung und Abwendung von Risiken und Ausgangsbedingungen von Krankheiten im Vordergrund. Die Interventionen von Gesundheitsförderung richten sich an die Verbesserung

individueller Fähigkeiten zur Lebensbewältigung und Lebensgestaltung der Bevölkerung. Beide Formen setzen sich den individuellen und kollektiven Gesundheitsgewinn zum Ziel (vgl. Hurrelmann et al. 2016:662-663). Als gemeinsame Ziele von Prävention und Gesundheitsförderung nennt David Klemperer u.a. die Verbesserung der Volksgesundheit, die Senkung der Inzidenz (siehe Kapitel 1.3.1) die Vermeidung vorzeitiger Todesfälle, die Minderung von Behandlungskosten, die Vorbeugung von Behinderung/Pflegebedürftigkeit, die Verhinderung oder Verzögerung chronischer Erkrankungen und die Steigerung der Lebensqualität (vgl. Klemperer 2015:192).

Die Gesundheitswissenschaftler Klaus Hurrelmann, Ulrich Laaser und Matthias Richter postulieren das wesentliche Ziel von Prävention und sehen demnach:

„Krankheitsprävention als Strategie zur Vermeidung oder Verringerung von Gesundheitsschädigungen durch gefährdende Expositionen und Belastungen und personengebundenen Risiken. [...] Ziel ist die Verhinderung des Voranschreitens einer Gesundheitsstörung oder Krankheit in ein jeweils schlimmeres Stadium und das Vermeiden von Folgestörungen [...]“ (Hurrelmann et al. 2016:661)

Nach Klemperer lassen sich in Verbindung mit Krankheiten beim Menschen drei Stadien beschreiben:

- „1. Der Mensch ist gesund.
2. Der Mensch fühlt sich gesund, ist aber schon krank.
3. Der Mensch ist krank und wird behandelt.“ (Klemperer 2015:192)

Das sogenannte triadische (dreigeteilte) Strukturmodell bezieht sich auf die erwähnten drei Stadien im Krankheitsverlauf. Darunter wird die Unterscheidung präventiver Interventionen in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention verstanden:

- Die **Primärprävention** beinhaltet Information, Beratung und Vorsorgeuntersuchungen von Risikogruppen um die Entstehung von Krankheiten zu verhindern.
- Die **Sekundärprävention** versucht gesundheitsschädigende Verhaltensweisen durch das Erkennen von Erkrankungen in Frühstadien zu verändern, um die Erkrankungsdauer zu verkürzen oder ein Fortschreiten zu unterbinden.
- Die **Tertiärprävention** beinhaltet alle Interventionsmaßnahmen nach Krankheitseintritt. Dazu zählen die Prävention von Folgeschäden, die Vermeidung oder die Verzögerung von Verschlimmerung der Erkrankung oder bleibenden Funktionsverlusten (vgl. Naidoo / Wills 2010:87; Hurrelmann et al. 2010:25; 35-42; Klemperer 2015:192).

Präventionsmaßnahmen lassen sich auch anhand von Zielgruppen darstellen. Das sogenannte triadische (dreigeteilte) Zielgruppenmodell der Krankheitsprävention lässt sich unterteilen in:

- **Universale Prävention:** Maßnahmen zum Schutz der gesamten Bevölkerung, oder umschriebener Bevölkerungsgruppen, beispielsweise hinsichtlich Zahnhygiene, Impfschutz, gesunde Ernährung etc.
- **Selektive Prävention:** Maßnahmen für Bevölkerungsgruppen mit erhöhtem Risiko durch bestimmte Merkmale wie fortgeschrittenes Alter oder Beruf, beispielsweise Influenzaimpfungen für ältere Menschen, Schutzbrillen für Schweißer*innen etc.
- **Indizierte Prävention:** Maßnahmen für Personen mit erhöhtem Krankheitsrisiko aufgrund von Risikofaktoren oder bei Untersuchungen entdeckten Auffälligkeiten. Aus medizinischer Sicht erscheint die präventive Maßnahme zur Verhinderung der Krankheit für betroffene Personen günstig, ist aber nicht für die Allgemeinbevölkerung per se notwendig. Diese Maßnahmen erfolgen meist im Krankenhaus z.B. regelmäßige Darmspiegelungen bei Menschen mit Dickdarmpolypen (vgl. Klemperer 2015:192-193).

Die Gesundheitsförderung ist keine andere Form von Krankheitsprävention, sondern impliziert einen radikalen Perspektivenwechsel. Dabei liegt der Fokus nicht auf Krankheiten, sondern auf Faktoren zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden (vgl. Hurrelmann et al. 2010:46). Die Ottawa-Charta rückt soziale und politische Bedingungen von Gesundheit in den Mittelpunkt und setzt auf die Stärkung der Ressourcen und Widerstandsfaktoren von Einzelnen und Gemeinschaften. Als Ziel gilt die Verbesserung von Lebensbedingungen (vgl. Klemperer 2015:197). Der Begriff Gesundheitsförderung wurde durch die WHO folgendermaßen definiert:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können.“ (WHO 1986)

Gesundheit gilt als wesentlicher Bestandteil des täglichen Lebens. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt laut WHO nicht nur bei den Gesundheitsbehörden, sondern in allen Politikbereichen. Gesundheitsförderung geht auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden ein. Als Voraussetzungen und grundlegende Bedingungen für Gesundheit werden Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Ökosystem, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen sowie soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit von der WHO konstatiert (vgl. WHO 1986). Im Handbuch Gesundheitswissenschaften erweitern Klaus Hurrelmann und Ulrich Laaser die Begriffserklärung und sehen „Gesundheitsförderung als Strategie der Beeinflussung gesundheitsrelevanter Lebensbedingungen und Lebensweisen aller Bevölkerungsgruppen mit dem Ziel der Stärkung von persönlicher

und sozialer Gesundheitskompetenz“ (Hurrelmann et al. 2016:661). Dabei soll Gesundheitsförderung sowohl medizinische, hygienische, psychische, psychiatrische, kulturelle, familiäre, soziale, rechtliche, edukative, ökonomische, architektonische und ökologische Aspekte berücksichtigen (vgl. ebd.).

5.2 Ansätze und Modelle von Prävention und Gesundheitsförderung

Im Folgenden werden kurz einige Ansätze unterschiedlicher Beispiele von Gesundheitsförderung in der Praxis vorgestellt und versucht, ihre Methoden und Wirkungen zu skizzieren:

Medizinischer oder krankheitspräventiver Ansatz

Der medizinische Ansatz der Prävention zielt auf Maßnahmen zur Reduzierung von Krankheiten und vorzeitigem Tod mittels der unter Punkt 5 und 5.1 dargelegten Strategien. Dieser genießt aufgrund seiner wissenschaftlich anerkannten Grundlegung in der Epidemiologie große Popularität (siehe Kapitel 1.3.1). Ebenso aufgrund der Tatsache, dass mittels dieser Methode historisch große Erfolge erzielt wurden wie beispielsweise die Ausrottung von epidemischen Krankheiten durch groß angelegte Impfkampagnen. Dieser Ansatz ist durch mehrere von Expert*innen geleitete Top-down-Interventionen („von oben nach unten“) gekennzeichnet, d.h. die Gesundheitsbehörden und Professionist*innen machen den Menschen Angebote. Die Autorität ärztlicher und anderer Gesundheitsberufe wird gestärkt, weil dieser Ansatz ein Fachwissen und Gesundheitsexpert*innen voraussetzt (vgl. Naidoo / Wills 2010:104-105).

Ansatz der Verhaltensänderung

Menschen sollen mit gezielten Maßnahmen dabei unterstützt werden, gesündere Verhaltensweisen anzunehmen. Dies impliziert allerdings, dass Menschen ihre Gesundheit verbessern können, wenn sie bereit sind ihre Lebensweise zu verändern. Zusammenhänge zwischen individuellen Verhaltensmustern und physischen, sozialen und ökonomischen Lebensbedingungen werden dabei außer Acht gelassen (vgl. ebd.:107-108). Verhaltensprävention versucht beispielsweise individuelle Verhaltensweisen wie Bewegungsarmut zu verändern (vgl. Hurrelmann et al. 2010:39). Die Komplexität des Entstehens von Gesundheit bzw. Krankheit erfordert gemäßigte Ansätze wie die „kontextorientierte (bzw. verhältnisgestützte) Verhaltensmodifikation“ bzw. „Verhaltensprävention“. Das bedeutet, dass die Prävention einer gesundheitschädigenden Verhaltensweise (z.B. Rauchen) auf Basis expliziter Kontextbezüge (wie

z.B. im Rahmen einer Anti-Tabak-Kampagne) im Hinblick auf eine präzise definierte Zielgruppe (z.B. Raucher*innen) erfolgt. Ziel der kontextbezogenen Kampagne ist sowohl die Veränderung des individuellen Verhaltens (Verhaltensmodifikation z.B. durch das Einstellen des Tabakkonsums) als auch die Vermeidung der Übernahme der gesundheitsschädigenden Verhaltensweise durch weitere Bevölkerungsgruppen (Verhaltensprävention z.B. bei Jugendlichen). Über die Verhaltensmodifikation und -prävention hinaus zielt die „Verhältnisprävention“ auf Gesundheitsprobleme ab, die auf mehreren Ebenen angesiedelt sind und entspricht Kampagnen, bei deren Gestaltung auf verhaltens- und lebensstilprägende Settings, sogenannte „gesundheitsfördernde Settings“, geachtet wird (vgl. Rosenbrock / Michel 2007:7). Dabei zielt die Verhältnisprävention auf die Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen von Menschen. In diesen Bereich fallen beispielsweise der Arbeitsschutz in Betrieben (ergonomische Arbeitsplätze zur Vermeidung von Rückenproblemen, Verbote gesundheits-schädigender Baustoffe etc.), Sicherheit von Trinkwasser usw. (vgl. Hurrelmann et al. 2010:39-40; Klemperer 2015:194-195).

Verhaltensprävention und Verhältnisprävention werden folgendermaßen differenziert:

„**Verhaltensprävention** = Einflussnahme auf den individuellen Gesundheitszustand oder auf individuelles Gesundheitsverhalten
Verhältnisprävention = Einflussnahme auf Gesundheit/Krankheit durch Veränderung der Lebensbedingungen/Umwelt von Personen“ (Hurrelmann et al. 2010:39)

Die Anforderung zur Verhaltensänderung galt für führende Einrichtungen der Gesundheitsförderung seit jeher als Grundlage ihrer Interventionen und Handlungen und richtet sich an Einzelpersonen. Deren Kommunikation erfolgt allerdings mittels Massenmedien (Plakate, Werbespots usw.). Diese Methode gilt in der Regel als Expert*innengeleiteter Top-down-Ansatz der voraussetzt, dass die Bevölkerung beraten und aufgeklärt werden muss. Viele Gesundheitsberufe klären ihre Klient*innen in Einzelgesprächen auf und vermitteln gesundheitsförderndes Wissen im Beratungssetting (vgl. Naidoo / Wills 2010:107-108).

Ansatz der Gesundheitsaufklärung und Gesundheitserziehung

Durch Wissensvermittlung und Information wird versucht, Menschen die Kompetenz zu vermitteln, die für ihre Gesundheit passenden Entscheidungen zu treffen. Die Menschen sollen durch Aufklärung in Form von Informationsbroschüren, persönlicher Beratung etc. die Möglichkeit erhalten, sich frei für ein richtiges Gesundheitsverhalten zu entscheiden. Soziale und ökonomische Rahmenbedingungen, die eine Entscheidungsfindung

maßgeblich bedingen, werden allerdings nicht berücksichtigt. Ein höheres Bewusstsein von Risikofaktoren oder ein verbessertes Wissen von Gesundheitsproblematiken allein, garantieren jedoch keine Erfolge hinsichtlich einer Verhaltensänderung. Weder Wissen, Wunsch noch ausreichende Kompetenz gelten als Garant für Erfolg im Bereich der Gesundheitsförderung (vgl. ebd.:110-111).

Ansatz des „Empowerment“

Die WHO-Definition von Gesundheitsförderung bildet den Ausgangspunkt dieses Ansatzes (vgl. WHO 1986). Als Ziel gilt es, Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen. Mit Hilfe des Empowerment-Ansatzes werden Menschen in der Wahrnehmung ihrer Gesundheitsprobleme und bei der Aneignung notwendiger Fertigkeiten unterstützt, um selbstbestimmt mit Blick auf ihre Gesundheit entscheiden und handeln zu können. Im Gegensatz zu den vorangegangenen Strategien stellt diese einen sogenannten Bottom-up-Ansatz dar. Bei diesem Vorgehen „von unten nach oben“ wird den in der Gesundheitsförderung tätigen Fachkräften die Rolle der Unterstützenden zuteil. Sie treten als Vermittler*innen und Begleiter*innen auf, um gesundheitsförderliche Prozesse in Gang zu setzen. Als eine zentrale Methode gesundheitsfördernder Maßnahmen wird von Naidoo und Wills Gemeinwesenarbeit genannt (vgl. Naidoo / Wills 2010:111; siehe Kapitel 3). Die notwendigen Kommunikations-, Planungs-, Organisations- und Umsetzungsfähigkeiten sind nicht Teil der Ausbildung von Gesundheitsförder*innen. Als zentrale Profession zur Umsetzung von Gemeinwesenarbeit gilt die Soziale Arbeit. Gemeinwesenarbeit stellt, wie in Kapitel 2.8 erläutert wurde, eine der grundlegenden Methoden Sozialer Arbeit dar (vgl. ebd.: 111-112).

Für die Gesundheitsförderung durch Gemeinwesenarbeit in einer ländlichen Gemeinde bieten sich beispielsweise folgende Möglichkeiten an:

- Die Bildung von Gruppen, um spezifischen Bedürfnissen gerecht zu werden, z.B. eine Senior*innengruppe zum Thema Trauer (vgl. B5 2017: 2).
- Personen die sich als Navigator*innen der Gesundheitsversorgung für pflegebedürftige Menschen zu Hause, Menschen mit Behinderung, Menschen mit psychischer Erkrankung etc. einsetzen (vgl. ebd.).
- Spezifische Angebote und Zusammenarbeit von Sozialarbeiter*innen mit Familien in Neubaugebieten mit dem Fokus auf kommunale Vernetzung, speziell für neu hinzugezogene Familien (vgl. Hurrelmann 2010:184).

Ansatz sozialer und politischer Veränderung

Die Bedeutung sozioökonomischer Verhältnisse als Determinanten von Gesundheit steht im Vordergrund dieses Ansatzes. Mit Verweis auf die negativen Auswirkungen sozioökonomischer Ungleichheiten, die in Kapitel 1.5 dargelegt wurden, gilt es auf politischer Ebene eine Veränderung der physischen, sozialen und ökonomischen Lebensbedingungen herbeizuführen, welche eine positive Wirkung zur Förderung von Gesundheit beinhalten (vgl. Naidoo / Wills 2010:114-115). Beispiele dafür sind die Forderung von Preisveränderungen im Bereich gesunder Lebensmittel wie Obst, Vollkornlebensmittel usw., die Notwendigkeit des Vorhandenseins guter Infrastruktur, beginnend bei guten gesunderhaltenden Wohnmöglichkeiten bis hin zu ausreichenden Präventions- und Sozialberatungseinrichtungen. Besonders wichtig erscheint in diesem Zusammenhang auch der Ausbau barrierefreier Zugänge zum Gesundheitssystem. Mit Blick auf die Studie „Lücken und Barrieren im Gesundheitssystem“ der Armutskonferenz (vgl. Die Armutskonferenz 2015:33-34) beinhaltet dies u.a.:

- Begleitdienste bei Gutachten, zu Gesundheitsdiensten, Ämtern und Behörden
- die räumliche Erreichbarkeit von Gesundheitseinrichtungen und die Förderung der Mobilität zu diesen Einrichtungen.
- kein Zwang zu krankmachender Erwerbsarbeit.
- gleiche Behandlung und gleiche Therapien – egal, ob arm oder reich
- Verständlichkeit und Lesbarkeit von Formularen
- Ausreichende Erklärung von Diagnosen und Behandlungsmöglichkeiten etc.

Diese Strategie richtet sich an soziale Gruppen und Organisationen, um positive Veränderungen herbeizuführen und eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik umzusetzen.

Der Settingansatz

Der Settingansatz fokussiert auf die Lebenswelt von Menschen und dadurch auf die Rahmenbedingungen im jeweiligen Umfeld (Wohn-, Arbeits-, Freizeit-, Bildungs- oder Konsumumfeld) (vgl. Fonds Gesundes Österreich 2018b). Er stellt die wichtigste Umsetzungsstrategie der Gesundheitsförderung dar, weil Gesundheit im Alltag hergestellt und aufrechterhalten wird (vgl. Hurrelmann et al. 2010:49). Laut David Klemperer (2015:195) gilt der lebensweltliche Ansatz als wichtigstes Element zur Umsetzung von Gesundheitsförderung, weil die Lebenswelt den Zugang zur Zielgruppe erleichtert. Gleichzeitig bildet dieser die Möglichkeit, Menschen in die gesundheitsfördernde Veränderung ihrer Lebenswelten – nicht zuletzt in Einklang mit der Ottawa-Charta zu Gesundheitsförderung – einzubinden (vgl. ebd). Die Verbindung von Maßnahmen der Verhältnis- und Verhaltensprävention zur Minderung gesundheitlicher Belastungen und die Förderung von Ressourcen und Widerstandsfaktoren mittels dieses Ansatzes bieten eine große Chance gegenüber bloß isolierten Interventionen in Form von Informations-

und Aufklärungskampagnen, die vorwiegend die relativ gesundheitsbewusste Mittelschicht erreichen. Dem gegenüber ermöglicht der lebensweltliche Ansatz **einen fokussierten Zugang zu schwer erreichbaren Gruppen** wie beispielsweise Menschen mit niedrigem Einkommen und geringer Schulbildung.

Im Folgenden werden einige Beispiele für Settings zur Gesundheitsförderung aufgelistet (vgl. Hurrelmann et al. 2010:50; Klemperer 2015:195-196):

- Institutionen wie Kindergärten, Schulen, Kinderbetreuungseinrichtungen
- Einrichtungen der pflegerischen Langzeitversorgung
- Gemeinden im ländlichen Raum, insbesondere Gebiete mit schlechter Infrastruktur und hohem Anteil an älteren Menschen
- gesunde Städte/kommunale Gesundheitsförderung
- betriebliche Gesundheitsförderung

5.3 Kommunale Gesundheitsförderung

Als zentrale Möglichkeit der Gesundheitsförderung im ländlichen Raum wird auf die kommunale Gesundheitsförderung näher eingegangen.

Gesundheit wird „[...] von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“ (Trojan / Süß 2010:336). Physische, soziale und ökonomische Faktoren unserer Lebensumwelt wirken permanent auf unsere Gesundheit ein. Gesundheitsfördernde Verbesserungen der Lebens-, Wohn- und Arbeitsbedingungen in Gemeinden und Städten wirken auf gesunde wie auch auf kranke Menschen. Mit Verweis auf den Settingansatz nutzt die kommunale Gesundheitsförderung Handlungsstrategien, die auf die Lebensbedingungen orientiert sind. Das bedeutet, Menschen wird in ihrem Lebensumfeld begegnet. Als Expert*innen ihrer Lebenswelt wird ihnen die Kompetenz zur Entwicklung eines Gesundheitsbewusstseins zugesprochen (siehe Kapitel 2.6.1). In der örtlichen Umgebung finden sich wesentliche Belastungs-, aber auch die wichtigsten Unterstützungsfaktoren einer Person. In einem sozialökologischen Modell von Gesundheit bilden soziale und ökologische Belastungen und Ressourcen die entscheidenden Merkmale, von denen der Gesundheitszustand einer Gemeinde abhängt. Dabei bilden soziale Netzwerke den Kern der sozialen Ressourcen einer Gemeinde (vgl. ebd.; Hurrelmann 2010:178).

Besonders Menschen, die unter schwierigen sozialen Bedingungen leben und dadurch über schlechtere Gesundheitschancen und ein erhöhtes Krankheitsrisiko verfügen (siehe Kapitel 1.5), sollen in der kommunalen Gesundheitsförderung gezielt in den Blick genommen werden. In der Umsetzung ist es daher von zentraler Bedeutung,

„soziallagensensibel“ vorzugehen. Inklusives Denken und Handeln aller in der Gesundheitsförderung tätigen Berufsgruppen gilt als wesentlicher Baustein für gelingende soziallagensensible Aktivitäten. Die Implementierung niederschwelliger Angebote ermöglicht beispielsweise das Erreichen von sozial benachteiligten Kindern, Jugendlichen und Familien, älteren Menschen, Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankten etc. (vgl. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2012:19). Die Angebote und Maßnahmen können an die Lebenswelten und Bedürfnisse aller Bevölkerungsgruppen angepasst werden. Bestehende örtliche Ressourcen zur Förderung von Gesundheit werden gebündelt und vernetzt (vgl. ebd.:10).

5.3.1 Elemente kommunaler Gesundheitsförderung

Erfolgreiche kommunale Gesundheitsförderung basiert auf der Partizipation der Zielgruppen sowie der Zusammenarbeit der relevanten kommunalen und regionalen Akteur*innen.

„Unsere Vision ist es, dass der Gedanke der Gesundheitsförderung und Prävention in die Gemeinde getragen wird, damit Sie als Gemeindegängerin bzw. Gemeindegänger sich einen Lebensraum schaffen können, der Sie körperlich und mental fit hält.“ (Initiative „Tut gut“ 2018a)

Eine gemeinsam mit den Zielgruppen erfolgende Ermittlung des Bedarfes und der angestrebten Ziele soll ermöglichen, diese Ziele auch zu erreichen. Eine umfassende Einflussnahme auf die Lebensbedingungen und Lebensstile ist notwendig, um eine gesundheitsfördernde Verhaltensänderung zu erreichen (vgl. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2012:35). Die kommunale Gesundheitsförderung beinhaltet somit verhältnisbezogene Maßnahmen, bei denen Lebensbedingungen verändert werden ebenso wie verhaltensbezogene Angebote, die eine Veränderung des individuellen Gesundheitsverhaltens (Verbesserung des Informationsstandes, Änderung der Einstellung bzw. des Verhaltens) anstreben (vgl. Hurrelmann et al. 2010:39). Eine aktive Öffentlichkeitsarbeit ist notwendig, um das Thema Gesundheit im gesellschaftlichen Leben der Gemeinde zu verankern und die einzelnen Angebote bekannt zu machen und zu bewerben. Dabei gilt es, vielfältige Kommunikationskanäle zu verwenden: Plakate, Broschüren, Medienarbeit, Internet, Veranstaltungen sowie Verbreitung durch Multiplikator*innen wie Ärzt*innen, Lehrkräfte, Mitarbeiter*innen der Ämter etc..

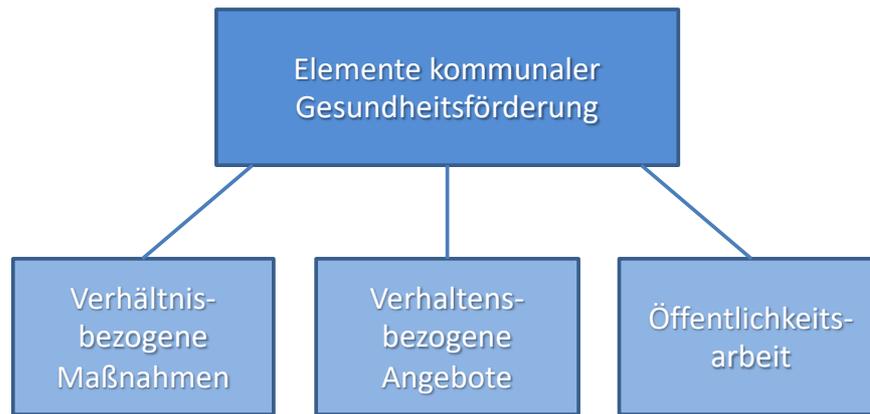


Abbildung 17: Elemente kommunaler Gesundheitsförderung; Quelle: eigene Darstellung nach Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2010:35)

5.3.2 Umsetzung kommunaler Gesundheitsförderung

Einzelaktionen, Kampagnen und befristete Projekte sind in ihrer Wirkung oft nicht nachhaltig (vgl. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2012:35). Die Gründung einer kommunalen Initiative unter einem Titel wie beispielsweise „Gesund aufwachsen in der Gemeinde XY“ sollte zu Beginn einer Umsetzung von kommunaler Gesundheitsförderung erfolgen. Sie dient dazu, bestehende Akteur*innen und Angebote einer Gemeinde zu vernetzen, fehlende Bedarfe im Bereich der Gesundheitsförderung zu ermitteln und ein langfristiges Programm zur Ermöglichung von gesundem Aufwachsen und Leben zu etablieren (vgl. ebd.:22). Der Netzwerkaufbau ermöglicht einen Überblick aller kommunalen Akteur*innen, aller relevanten Handlungsfelder und der räumlichen Ressourcen und Möglichkeiten (vgl. ebd.:26).

Kommunale Gesundheitsförderung:

- baut auf dem Prinzip der Bürger*innenbeteiligung auf.
- benötigt die Zusammenarbeit verschiedener kommunaler Institutionen wie: Lokalpolitik, Kindergärten, Schulen, Vereinen, Senior*innenorganisationen etc.

Die Aufgaben der Koordinationsstelle kommunaler Gesundheitsförderung

umfassen (vgl. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2012:24):

- Die Akteur*innen und die Bevölkerung zur Zusammenarbeit in einem Netzwerk zu motivieren.
- Die Entwicklung von Beziehungen, Strukturen und Prozessen zu unterstützen.
- Regelmäßige Austauschtreffen, Sitzungen einzuberufen und durchzuführen.
- Die Akteur*innen zu Selbstaktivität zu motivieren.

- Vermittlung zwischen Akteur*innen, Unterstützung und Moderation bei Konflikten, die Förderung von und Ermunterung zur Kommunikation zwischen den Akteur*innen.
- eine Bestands- und Bedarfsanalyse, die Ableitung von Zielen und die Koordination der Umsetzung von Maßnahmen und Angeboten
- die Leitung der Öffentlichkeitsarbeit der Initiative
- regelmäßige Dokumentation und Überprüfung der Zielerreichung (Evaluation)

Die Planung von Maßnahmen kommunaler Gesundheitsförderung kann in vier Schritte unterteilt werden:

1. Bestands- und Bedarfsanalyse:

Ermittlung des kommunalen Bedarfs mittels partizipativer Erhebung bestehender Angebote, Bündelung dieser und Aufzeigen von Lücken.

2. Planung durch Festlegung von Maßnahmen, Angeboten und der Definition von Zielen.

3. Umsetzung und Durchführung

4. Prozessevaluation und Qualitätssicherung

Bestands- und Bedarfsanalyse

Die Bestandsanalyse dient dazu, Struktur- und Sozialdaten sowie die in der Kommune vorhandenen Lebensbedingungen zu erheben. Dabei wird die vorhandene Bevölkerungsstruktur untersucht und spezielle Zielgruppen identifiziert.

Beispiele für die Ermittlung struktureller Daten sind:

- Wie viele Kinder- und Jugendliche, alleinerziehende Mütter und Väter oder Menschen älter als 65 Jahre leben in der Gemeinde?
- Wie hoch ist der Anteil an Menschen die von Arbeitslosigkeit betroffen sind oder unter chronischen Erkrankungen leiden etc.?

Ziel kommunaler Gesundheitsförderung ist es, die Lebensbedingungen in allen Lebenswelten so zu gestalten, dass alle Menschen Anreize zu einer ausgewogenen Ernährung und regelmäßiger Bewegung erhalten.

Die Bedarfe einer Gemeinde können auf unterschiedlichen Ebenen untersucht werden (vgl. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2012:32):

- Ein **normativer Bedarf** erschließt sich aufgrund festgelegter Standards. Beispielsweise müssen in Wohnhausanlagen ab einer bestimmten Größenordnung eine festgelegte Anzahl an Spielplätzen zur Verfügung stehen.
- Der **relative Bedarf** lässt sich im Vergleich mit anderen Gemeinden erheben.

- Der **subjektive Bedarf** ergibt sich aufgrund von Erfahrungen und Äußerungen von Betroffenen, Interessierten oder Fachleuten.
- Von **demonstrativem Bedarf** spricht man, wenn das Verhalten einer Zielgruppe auf einen Bedarf hinweist, ein Beispiel ist die größere Nachfrage nach als das Angebot an Kinderbetreuungsplätzen.
- Der **zukünftige Bedarf** erschließt sich aus erwartbaren Veränderungen und deren Folgen. Werden beispielsweise viele Wohnhausanlagen und Reihenhäuser für Jungfamilien in einer Gemeinde gebaut, wird der Bedarf an zusätzlichen Kindergarten- und Schulplätzen zunehmen.

Die Bestands- und Bedarfserhebung erfolgt **mittels Beteiligungsverfahren der Bevölkerung** (siehe Kapitel 4.1).

Mögliche partizipative Methoden für die Ermittlung:

- **Aktivierende Befragung**

Eine Methode bei der Bürger*innen über ihre Meinungen und Einstellungen gefragt und dazu angeregt werden, für ihre Interessen einzutreten und sich bei der Entwicklung von Lösungen in ihrem Wohnumfeld/ihrer Gemeinde einzusetzen (vgl. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2010:33-34; Handler o.A. a).

- **Stadtteilbegehungen, Kinderstadtteilpläne, Fotostreifzüge etc.**

Diese Methoden eignen sich als Beteiligungsverfahren für Kinder und Jugendliche oder auch für ältere Menschen. Das erforschte Wohnumfeld wird so auf einen Handlungsbedarf im Hinblick auf Themen wie ausreichende, barrierefreie und verkehrssichere Bewegungsmöglichkeiten etc. untersucht (vgl. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2010:33-34; Deinet o.A.)

- **Zukunftswerkstatt**

Bei einer Zukunftswerkstatt können alle Bürger*innen einer Gemeinde eingeladen werden. Sie diskutieren gemeinsam die Bestands- und Bedarfsangaben. Als Ziel gilt es, kreative Lösungen und Vorstellungen für die gemeinsame Zukunft zu entwickeln, zu diskutieren und in weiterer Folge umzusetzen (vgl. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2010:33-34, Handler o.A. b).

Für alle Verfahren werden Interviewer*innen und Moderator*innen engagiert. Weitere Informationen zu Bürger*innenbeteiligungsverfahren finden sich im Kapitel 4.1 und auf der Internetseite www.partizipation.at.

Gesundheitsförderungsplan

Gemeinsam festgelegte Ziele und zielgruppenspezifische Maßnahmen werden in einem sogenannten Gesundheitsförderungsplan zusammengefasst. Die Festlegung von Zielen erfolgt ebenfalls unter Einbezug der ermittelten Zielgruppe. In der Zukunftswerkstatt könnten beispielsweise gemeinsame Ziele definiert werden. Es wird dabei zwischen langfristigen Oberzielen und kurz- und mittelfristigen Teilzielen unterschieden. Die

genaue Definition der Ziele bildet die Grundlage zur Ableitung konkreter Maßnahmen, zur Aufstellung eines Zeitplans und, daraus folgend, für die Möglichkeit der Überprüfung der Zielerreichung. Die Ziele sollen positiv, einfach, klar und verständlich für alle Beteiligten formuliert werden.

Ein Beispiel für eine mögliche Zielformulierung

Oberziel:

Förderung der Gesundheit in der zweiten Lebenshälfte; Erhalt und Förderung physischer, psychischer und kognitiver altersgerechter Fertigkeiten.

Teilziele:

- Bewegung und körperliche Aktivität im Alter fördern
- Mobilität und Selbständigkeit erhalten – Vorbeugung von Stürzen
- Gesundheit durch soziale Integration und Teilhabe fördern – der Vereinsamung vorbeugen

Beispielhafte Maßnahmen:

Gemeinde und Sportvereine bieten wöchentliche zielgruppenspezifische Bewegungsangebote für Senior*innen wie beispielsweise Walkinggruppen, Sesselyoga etc. (vgl. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2010:36).

Umsetzung

In der Umsetzung geht es darum, gesundheitsfördernde Lebensbedingungen für alle Bürger*innen in der Gemeinde zu schaffen. Das gesamte kommunale Umfeld mit all seinen Lebenswelten soll „gesunde Entscheidungen“ ermöglichen und ungesunde Alternativen unterbinden. Es müssen Alltagsstrukturen entstehen, die ausreichend Spiel- und Bewegungsmöglichkeiten für alle Bürger*innen bieten und zu gesunder Ernährung motivieren. Nur wenn gesunde Entscheidungen einfach und leicht zu treffen sind, werden diese zu Gewohnheiten und im Alltag übernommen. Angebote sollen immer die Stärkung und Befähigung (**Empowerment**) der Menschen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung ihrer Lebensbedingungen beinhalten.

Zielgruppenspezifische Angebote sind jenen überlegen, die sich an die gesamte Bevölkerung einer Gemeinde richten. Zusätzlich ist es notwendig, Angebote besonders leicht zugänglich, also niederschwellig zu gestalten. Alltagsnähe und der Bezug zur Lebenswelt der Zielgruppe erhöhen die Erreichbarkeit der Menschen. Beispielsweise

müssen sich Öffnungszeiten und gute mobile Erreichbarkeit an den Anforderungen der Nutzer*innen orientieren. Öffnungszeiten für Familien- und Senior*innen, oder auch spezielle Zeiten für berufstätige Menschen. Vorhandene „Komm-Strukturen“⁷ müssen um aufsuchende, begleitende und nachgehende Angebote in der Lebenswelt erweitert werden (siehe Kapitel 2.6.1). Ältere Personen, mobilitätseingeschränkte Personen, Menschen mit psychischen Erkrankungen oder auch Jugendliche lassen sich häufig nur mit solchen „Bring-Strukturen“⁸ erreichen. **Multiplikator*innen** sind professionelle oder ehrenamtliche Personen, die auf die Gesundheitsförderung und Prävention bei Zielgruppen hinwirken wie beispielsweise Sozialarbeiter*innen, Lehrkräfte, Altenfachbetreuer*innen; darüber hinaus können Trainer*innen in Sportvereinen etc. als Multiplikator*innen agieren. Als besonders erfolgreiche Multiplikator*innen eignen sich Personen aus derselben Zielgruppe. Zum Beispiel können Jugendliche häufig Gleichaltrige viel besser motivieren und finden schneller Zugangsmöglichkeiten zu deren Lebenswelten als Erwachsene.⁹ Für eine zielgruppenspezifische Gestaltung müssen Informationen zu Gesundheitsthemen und -angeboten an die unterschiedlichen Zielgruppen als sogenannte **Kommunikationsziele** angepasst werden und für die Zielgruppe zugänglich und verständlich sein. Dazu ist es notwendig, unterschiedlichste **Kommunikationskanäle** zu nutzen, beginnend bei der Mundpropaganda über Printmedien bis hin zu Informationen via *Social Media* etc. Zusätzlich müssen diese zum Beispiel anforderungsgerecht in unterschiedlichen Sprachen, in leicht sowie für Kinder- und Jugendliche verständlicher Sprache oder auch in größerer Schrift vorhanden sein (vgl. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2010:37-45).

Prozessevaluation und Qualitätssicherung

Prozessevaluation dient einer nachhaltigen Qualitätssicherung kommunaler Gesundheitsförderung. Durch permanente Anpassung der Maßnahmen an auftretende Anforderungen kann die Qualität nachhaltig gesteigert werden. Status und Probleme aller Arbeitsschritte sollen regelmäßig dokumentiert und mit den Beteiligten der kommunalen Initiative diskutiert werden. Auftretende Schwierigkeiten, aber auch

7 Komm-Strukturen: Nutzer*innen müssen in eine Einrichtung / zu einem Treffpunkt kommen, um eine Leistung zu erhalten oder um einer Aktivität, Beratung etc. beizuwohnen.

8 Bring-Strukturen: Mittels aufsuchender, begleitender und nachgehender Angebote wird Menschen in ihrem Wohnumfeld, ihren Wohnungen, auf Spielplätzen, Jugendversammlungspunkten etc. in der Gemeinde begegnet.

9 Im Projekt „Filter Europe“ wurden Jugendliche zu *Peers* ausgebildet und führten Workshops in Schulen gegen Rauchen im Jugendalter durch. Aufgrund der großen Nachfrage entwickelte sich ein Folgeprojekt. Jugendliche haben die Möglichkeit, kostenlos einen Ausbildungslehrgang zum Thema „Nichtrauchen“ einschließlich Präsentationstechniken etc. zu absolvieren, um selbstständig als Expert*innen Workshops in ihrer Altersgruppe durchführen zu können (vgl. Jugend:Info NÖ 2018).

Maßnahmen, die besonders gut umsetzbar sind, sollen festgehalten werden. Für alle Ziele gilt es festzulegen, mit welchen Indikatoren Veränderungen oder Erfolg gemessen werden können. Die Ergebnisevaluation wird im kommunalen Gesundheitsförderungsplan dokumentiert. Möglicherweise müssen diese auch in regelmäßigen Abständen an Fördergeber*innen übermittelt werden. Zusätzlich sollen erzielte Erfolge und durchgeführte Aktivitäten im Sinne der Bürger*innenbeteiligung in regelmäßigen Abständen an die Bevölkerung zurückgemeldet werden. Regelmäßige kommunale Veranstaltungen wie Gesundheitstage, eine Zukunftswerkstatt etc. halten den Entwicklungsprozess am Laufen und helfen, das Thema Gesundheit nachhaltig in der Gemeinde zu verankern (vgl. Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2010:46-47).

Bestehende Programme kommunaler Gesundheitsförderung wie beispielsweise das Programm „Gesunde Gemeinde“ der Initiative „Tut gut“ NÖ¹⁰ können in einem Gemeinwesenzentrum mit integrierter Primärversorgung eingegliedert werden. Die Zusammenarbeit im Kernteam sowie die Verbindung und Vernetzung bestehender kommunaler Angebote bilden dafür die entsprechende Struktur.

5.4 Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung durch die Verschränkung von Gesundheitseinrichtungen und Soziale Arbeit

„Die Stärke der Gesundheitsförderung wie sie in der Ottawa-Charta kodifiziert ist, liegt darin, dass ihr Blick auf Gesundheit unter den Bedingungen der Moderne zutiefst demokratisch und partizipativ ist. Die Rolle des Bürgers/der Bürgerin ist die entscheidendste Komponente der Steuerung des Gesundheitssystems des 21. Jahrhunderts.“ (Kickbusch 2008:22)

Die Profession Soziale Arbeit verbindet die beiden Arbeitskonzepte „Prävention“ und „Intervention“. Häufig obliegt die Behandlung gesundheitlicher Probleme der Medizin, der Pflege oder der Psychologie. Die Soziale Arbeit mit ihrer ganzheitlichen Sicht auf den Menschen in und mit seinem Umfeld wird häufig verkannt. Dabei kann die Soziale Arbeit sowohl im Bereich der Prävention als auch im Bereich der Gesundheitsförderung ansetzen. Durch ihre strukturelle Anlage und ihre Methodenvielfalt ist sie besonders geeignet, den Menschen sowohl auf der Ebene der Verhältnisse als auch im Bereich

¹⁰ Die Initiative „Tut gut“ des NÖ Gesundheits- und Sozialfonds agiert als Drehscheibe für Gesundheitsförderung und Prävention in Niederösterreich (vgl. Initiative „Tut gut“ 2018b). Unter dem Programm „Gesunde Gemeinde“ begleitet sie seit 1995 teilnehmende Gemeinden bei der Umsetzung von Projekten und beim Aufbau von Strukturen zu Gesundheitsförderung (vgl. ebd. 2018a).

ihres individuellen Verhaltens zu begegnen. Die Soziale Arbeit trägt mit ihren Werkzeugen dazu bei, die gesundheitliche Chancengleichheit zu erhöhen und die individuelle Gesundheit zu verbessern (Homfeldt / Steigleder 2008:306-309).

Die Anforderung moderner Gesundheitsförderung beinhaltet es gleichermaßen, vorhandene Gesundheitsbelastungen zu verringern und Ressourcen zu stärken. Eine multidisziplinäre soziale Gesundheitsarbeit durch Verschränkung von Gesundheitswissenschaften und Sozialer Arbeit scheint notwendig (vgl. Ahrens / Marzinzik 2007:151).

Im Bereich der **Primärprävention**, also wenn noch keine Erkrankung oder Schädigung besteht, unterstützt die Soziale Arbeit durch Gemeinwesenarbeit, frühe Hilfen für Familien, Unterstützung pflegender Angehöriger mittels kommunaler Gesundheitsförderung durch frühzeitige Beratung und Anregungen zu einem gesunden Lebensstil mittels ausreichender Bewegung und gesunder Ernährung etc.

Im Bereich der **Sekundärprävention** gefährdeter Bevölkerungsgruppen klärt Soziale Arbeit die Menschen aus nicht-medizinischer Perspektive auf und unterstützt sie dabei, Vorsorgemaßnahmen in Anspruch zu nehmen. Das beinhaltet medizinische, aber auch sozialarbeiterische Maßnahmen wie z.B. regelmäßige Vorsorge-Untersuchungen bei chronischen Erkrankungen von Blutsverwandten und die Verknüpfung zu anderen Einrichtungen Sozialer Arbeit wie Schuldner*innenberatung oder Kinder- und Jugendhilfe zur Unterstützung im Bereich Pflege und Erziehung etc.

Im Bereich der **Tertiärprävention** unterstützt die Soziale Arbeit Menschen mit bereits bestehenden manifesten Erkrankungen und Problemen. Sie versucht Folgeschäden zu vermeiden und abzumildern, um den Betroffenen trotz Einschränkungen ein selbstständiges Leben zu erhalten. Die Soziale Arbeit begleitet etwa Menschen mit chronischen Krankheiten oder Menschen mit Suchterkrankungen in allen Belangen, z.B. durch Unterstützung bei Ärzt*innenbesuchen, die Vermeidung des Verlustes eines Arbeitsplatzes oder auch durch die Begleitung von Familien, deren Kinder fremduntergebracht sind etc. (vgl. Redelsteiner 2017:13-14).

Im Bereich der **Gesundheitsförderung** setzt die Soziale Arbeit auf Empowerment und Partizipation (siehe Kapitel 4.3). Dabei bietet sie Begleitung und Unterstützung für Menschen in deren Lebensumfeld (vgl. Homfeldt / Steigleder 2008:308-309). Sozialarbeiter*innen gelten als Expert*innen für die „most vulnerable humans“, jene

Menschen die in ihrem lebensweltlichen Kontext am meisten sozial, physisch oder psychisch verletzlich und gefährdet sind. Passende Unterstützungsleistungen zur Förderung der Gesundheit und zum Auf- und Ausbau ihrer Gesundheitskompetenz (siehe Kapitel 1.5.4) sind vor allem für diese Bevölkerungsgruppen notwendig (vgl. Redelsteiner 2017:13).

Eine permanente Präsenz von Sozialarbeiter*innen im Bereich der Primärversorgung, ermöglicht eine niederschwellige und umfassende Begleitung im Sinne eines ganzheitlichen Gesundheitsbegriffs.

5.4.1 Gesetzliche Verankerung gesundheitsförderlicher Politik in Österreich

Das österreichische Gesundheitsförderungsgesetzes (GfG) wurde 1998 in die österreichische Gesetzgebung implementiert. Als Ausgangspunkt dienten die Richtlinien und Definitionen der Ottawa-Charta aus dem Jahr 1986 (siehe Kapitel 5.1) Maßnahmen und Initiativen zur Erhaltung, Förderung und Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit sowie die Aufklärung und Information über vermeidbare Krankheiten sowie über seelische, geistige und soziale Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen, bilden den Gegenstand des Gesetzes (vgl. BGBl. Nr. 51/1998). Diese Ziele sollen durch bevölkerungsnahen kontextbezogene Programme und Angebote in Gemeinden, Städten, Schulen, Betrieben und im öffentlichen Gesundheitswesen erreicht werden (vgl. GfG §2 [2]). Dieses Gesetz regelt die Arbeit des Fonds „Gesundes Österreich“, welcher für gesundheitsfördernde Aktivitäten zuständig ist (vgl. Fonds Gesundes Österreich 2018a). Demnach ist die Durchführung von gesundheitsfördernden Maßnahmen in Österreich per Gesetz verankert.

Seit 2011 arbeiten zudem zahlreiche Vertreter*innen aus Politik und Gesellschaft an der Ausgestaltung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik in Österreich. Die Bevölkerung hatte die Möglichkeit, Vorschläge für Gesundheitsziele im Internet einzureichen. Insgesamt zehn Gesundheitsziele sollen in den nächsten zwanzig Jahren bearbeitet und gestärkt werden. Sie wurden im August 2012 mit einem Beschluss der Bundesgesundheitskommission festgelegt (vgl. Gesundheitsziele Österreich 2017):

- Ziel 1: Gesundheitsförderliche Lebens- und Arbeitsbedingungen für alle Bevölkerungsgruppen durch Kooperation aller Politik- und Gesellschaftsbereiche.
- Ziel 2: Für gesundheitliche Chancengerechtigkeit der Geschlechter und aller sozio-ökonomischen Gruppen unabhängig von ihrer Herkunft sowie aller Altersgruppen sorgen.
- Ziel 3: Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung stärken.

- Ziel 4: Die natürlichen Lebensgrundlagen wie Luft, Wasser und Boden sowie alle unsere Lebensräume auch für künftige Generationen nachhaltig gestalten und sichern.
- Ziel 5: Durch sozialen Zusammenhalt die Gesundheit stärken.
- Ziel 6: Gesundes Aufwachsen für alle Kinder und Jugendlichen bestmöglich gestalten und unterstützen.
- Ziel 7: Gesunde Ernährung mit qualitativ hochwertigen Lebensmitteln für alle zugänglich machen.
- Ziel 8: Gesunde und sichere Bewegung im Alltag durch die entsprechende Gestaltung der Lebenswelten fördern.
- Ziel 9: Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern.
- Ziel 10: Qualitativ hochstehende und effiziente Gesundheitsversorgung für alle Bürger*innen nachhaltig sicherstellen.

Mit Blick auf die Konzeptentwicklung eines Gemeinwesenzentrums mit integrierter Gesundheitsversorgung finden sich viele der in den Gesundheitszielen Österreich verankerten Prämissen wieder. Durch den Beschluss der Gesundheitskommission stellen die Gesundheitsziele auch gute Argumente in Fragen der Finanzierung dar.

5.4.2 Fazit

Wie in diesem Kapitel dargelegt wurde, zeigt sich die Gesundheitsförderung im unmittelbarem Lebensumfeld der Bevölkerung als ein zentrales Mittel, um auf die Herausforderungen des Gesundheitssystems im 21. Jahrhundert zu reagieren (vgl. Kickbusch / Hartung 2014:192). Bewährte Ansätze und Methoden von Prävention und Gesundheitsförderung – ergänzt mit niederschwelliger Begleitung in allen Bereichen des Lebensumfeldes vor allem für besonders gefährdete Gruppen der Bevölkerung – können bei der Konzeptionierung eines Gemeinwesenzentrums mit integrierter Gesundheitsversorgung herangezogen werden. Soziale Arbeit als Teil primärer Versorgungsstrukturen hat die Möglichkeit, bereits vorhandene Kampagnen wie beispielsweise das Programm „Gesunde Gemeinde“ der Initiative „Tut gut“ NÖ zu unterstützen, weiter zu vernetzen und ressourcenorientiert mittels Methoden der Sozialen Arbeit voranzutreiben. Um die Gesundheitsziele Österreichs bestmöglich auch in infrastrukturell benachteiligten ländlichen Gebieten des Landes umzusetzen, gilt es maßgeblich vorhandene Strukturen zu bündeln und für alle Menschen zugänglich zu machen. Die in diesem Kapitel erwähnten aufsuchenden Strukturen und Formate (siehe 5.3.2 und 5.4) sowohl der Sozialen Arbeit als auch die GWA scheinen hierbei als geeignete Methoden.

Literatur

Ahrens, Dieter / Marzinzik, Kordula (2007): Stärkung der Gesundheitsförderung durch die Verschränkung von Gesundheitswissenschaften und Sozialer Arbeit. In: Schmidt, Bettina / Kolip, Petra (Hg.): Gesundheitsförderung im aktivierenden Sozialstaat. Präventionskonzepte zwischen Public Health, Eigenverantwortung und Sozialer Arbeit, Weinheim und München: Juventa Verlag, 143–154.

Die Armutskonferenz (2015): Lücken und Barrieren im österreichischen Gesundheitssystem aus Sicht von armutsbetroffenen. Eine partizipative Erhebung. http://www.armutskonferenz.at/files/armkon_barrieren_luecken_gesundheitssystem-2015.pdf [23.02.2018].

Deinet, Ulrich (o.A.): Partizipation und nachhaltige Entwicklung in Europa. Sozialräumliche Methoden als partizipative Bedürfniserhebung. <http://www.partizipation.at/1221.html> [29.03.2018].

Fonds Gesundes Österreich (2018a): Glossar. Gesundheitsförderungsgesetz. <http://fgoe.org/glossar/gesundheitsfoerderungsgesetz> [23.02.2018].

Fonds Gesundes Österreich (2018b): Grundprinzipien der Gesundheitsförderung. http://fgoe.org/Grundprinzipien_der_Gesundheitsfoerderung [23.02.2018].

Gesundheitsziele Österreich (2017): Gesundheitsziele Österreich. Richtungsweisende Vorschläge für ein gesünderes Österreich – Kurzfassung. https://gesundheitsziele-oessterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2017/06/gz_kurzfassung_de_20170626.pdf [04.01.2018].

Handler, Martina (o.A.a): Partizipation und nachhaltige Entwicklung in Europa. Aktivierende Befragung. <http://www.partizipation.at/aktivierende-befr.html> [29.03.2018].

Handler, Martina (o.A b): Partizipation und nachhaltige Entwicklung in Europa. Zukunftswerkstatt. <http://www.partizipation.at/zukunftswerkstatt.html> [29.03.2018].

Homfeldt, Hans Günther / Steigleder, Sandra (2008): Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit zwischen Anspruch und Wirklichkeit. In: Hensen, Gregor / Hensen, Peter (Hg.): Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit, 1.Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 301–318.

Hurrelmann, Klaus (2010): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 7. Auflage, Weinheim und München: Juventa Verlag.

Hurrelmann, Klaus / Klotz, Theodor / Haisch, Jochen (Hg.) (2010): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Bern: Verlag Hans Huber.

Hurrelmann, Klaus / Laaser, Ulrich / Richter, Matthias (2016): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, Klaus / Razum, Oliver (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 6., durchgesehene Auflage, Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 661–692.

Initiative „Tut gut“ - NÖ Gesundheits- und Sozialfonds (2018a): Gemeinde, <https://www.noetutgut.at/gemeinde/> [19.4.2018].

Initiative „Tut gut“ - NÖ Gesundheits- und Sozialfonds (2018b): Leitbild. <https://www.noetutgut.at/tut-gut/leitbild/> [19.4.2018].

Jugend:Info NÖ (2018): The Filter Europe. <http://www.jugendinfo-noe.at/the-filter-europe> [29.3.2018].

Kickbusch, Ilona (2008): Gesundheitsförderung – kein Baum, aber ein „Rhizom“. In: Spicker, Ingrid / Sprengel, Gabriele (Hg.): Gesundheitsförderung stärken. Kritische Aspekte und Lösungsansätze. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG, 17–24.

Kickbusch, Ilona / Hartung, Susanne (2014): Die Gesundheitsgesellschaft. Konzepte für eine gesundheitsförderliche Politik, 2., vollständig überarbeitete Ausgabe, Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, 143–193.

Klemperer, David (2015): Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. 3., überarbeitete Auflage, Bern: Hogrefe.

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2012): Gesund aufwachsen und leben in Baden-Württemberg. Handbuch zur kommunalen Gesundheitsförderung. 2., aktualisierte Auflage, Stuttgart: Typo Factory Stuttgart.

Naidoo, Jennie / Wills, Jane (2010): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Überarbeitete, aktualisierte und durch Beiträge zum Entwicklungsstand in Deutschland erweiterte Neuauflage. 2. Auflage der deutschen Ausgabe, Köln / Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.

Redelsteiner, Christoph (2017): Gesundheitsberuf SozialarbeiterIn. In: SiÖ Sozialarbeit in Österreich. Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik. Ausgabe 3/17, 10–18.

Trojan, Alf / Süß, Waldemar (2010): Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. In: Hurrelmann, Klaus / Klotz, Theodor / Haisch, Jochen (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 3., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, Bern: Verlag Hans Huber, 336–345.

WHO (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986. [WHO-autorisierte Übersetzung: Hildebrandt/Kickbusch auf der Basis von Entwürfen aus der DDR und von Badura sowie Milz.]. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [07.11.2017].

Daten

B5 Beobachtungsprotokoll Bürger*innen-Café vom 18.11.2017 verfasst von Patricia Renner.

6 Primärversorgung

Sandra Herold

Das Konzept der **Primärversorgung** (PV) geht auf den *Dawson Report* aus dem Jahr 1920 in Großbritannien zurück. In diesem Bericht über die Zukunft der nationalen Gesundheitsversorgung werden Primärversorgungszentren in den Mittelpunkt der regionalen Versorgung gestellt, welche die erste Anlaufstelle für die medizinische Behandlung und die Prävention darstellen (vgl. Dawson of Penn 1920; zit.n. Czypionka / Ulinski 2014:2; Starfield et al. 2005).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat 1978 im Rahmen der „Conference on Primary Health Care“ in Alma-Ata dieses Konzept aufgegriffen und es als Schlüssel zur Verwirklichung von Gesundheitszielen bezeichnet (vgl. Czypionka / Ulinski 2014:2; siehe auch Kapitel 7.1.5). Die Erklärung der WHO von Alma-Ata definiert PV als die grundlegende gesundheitliche Versorgung, die flächendeckend für die Bevölkerung bereitgestellt werden muss. Sie beruht auf praktischen, wissenschaftlich fundierten, sozial akzeptablen Methoden und Technologien und fördert die Eigenverantwortung der Individuen und die Selbstbestimmung der Gesellschaft. Die PV stellt eine zentrale Aufgabe des Gesundheitssystems dar und nimmt auch Einfluss auf die soziale und wirtschaftliche Entwicklung eines Landes. Sie ist die erste Ebene, auf der die Bevölkerung mit dem Gesundheitssystem in Kontakt tritt (vgl. WHO 1978:2).

Die PV entwickelt sich in Abhängigkeit zur Gesellschaft eines Landes und ist deren Spiegel. Sie gründet sich auf die Ergebnisse der sozialen, biomedizinischen und Gesundheitswesensforschung sowie auf die Erfahrungen im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Die primäre Gesundheitsversorgung

- befasst sich mit den wichtigsten gesundheitlichen Problemen der Bevölkerung und stellt Gesundheitsförderungs-, Präventions-, Heil- und Rehabilitationsangebote zur Verfügung.
- beinhaltet mindestens folgende Elemente: die Aufklärung über Gesundheitsprobleme, Ernährung, Gesundheitsschutz für Kinder und Mütter einschließlich Familienplanung, Impfung zur Vorbeugung schwerer Infektionskrankheiten, Prävention und Bekämpfung von Krankheiten, Behandlung der häufigsten Erkrankungen und Verletzungen sowie Versorgung mit unentbehrlichen Arzneimitteln.

- bezieht nicht nur den Gesundheitsbereich mit ein, sondern auch nahestehende Bereiche wie zum Beispiel Bildung, Ernährung, Kommunikation etc.
- erfordert und fördert die Eigenverantwortung und Beteiligung der Bevölkerung im Bereich der primären Gesundheitsversorgung durch Aufklärung.
- sollte durch Netzwerkarbeit stetig verbessert werden und besonders auf Bedürftige achten.
- ist auf Gesundheitsfachkräfte wie z.B. Ärzt*innen, Pflegekräfte, Hebammen / Geburtshelfer, Sozialarbeiter*innen etc. angewiesen, die allesamt sozial wie fachlich angemessen für die gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung geschult sein müssen (vgl. ebd.).

Das ultimative Ziel der PV ist die Verbesserung des Gesundheitszustandes der gesamten Bevölkerung. Die WHO identifizierte fünf Schlüsselemente, um dieses Ziel zu erreichen: die Verringerung von Ausgrenzung und sozialen Ungleichheiten im Gesundheitswesen, die Organisation von Gesundheitsdiensten im Hinblick auf die Bedürfnisse und Erwartungen der Menschen, die Integration von Gesundheitsbelangen in alle Sektoren der Gesellschaft, die Entwicklung gemeinsamer Modelle des politischen Dialogs und die Erhöhung der Stakeholder-Beteiligung (vgl. WHO 2016).

6.1 Stufen der medizinischen Gesundheitsversorgung

Gesundheitsversorgung beginnt tatsächlich nicht bei der PV, sondern mit der Selbstversorgung. Einfache gesundheitliche Probleme werden in der Regel durch die Menschen selbst bewältigt, ohne ein Versorgungssystem zu beanspruchen. Auf dieser Ebene werden Selbstdiagnosen gestellt und Medikationen selbst verordnet, außerdem kommen „Hausmittel“ zur Anwendung. Erst wenn Ratlosigkeit im Selbstversorgersystem auftritt, wird eine höhere Ebene, in der Regel jene der PV in Anspruch genommen (vgl. Pichlbauer 2016:o.A.). Die Primärversorgung stellt die erste professionelle Versorgungsebene dar und wird durch Allgemeinmediziner*innen, hausärztliche Gemeinschaftspraxen und neuerdings durch multiprofessionelle Primärversorgungseinheiten (PVE) sichergestellt. Sollte die Versorgung der Patient*innen auf Primärversorgungsebene unzureichend sein, kann die PV sie in die Sekundärversorgung zu Fachärzt*innen, speziellen Gesundheitsdienstleister*innen etc. oder in den stationären Bereich (Tertiärversorgung) überweisen. Umgekehrt nutzen auch Akteur*innen der sekundären oder tertiären Stufe die Möglichkeit, ihre Patient*innen an eine andere Stufe der Versorgung zu überweisen.

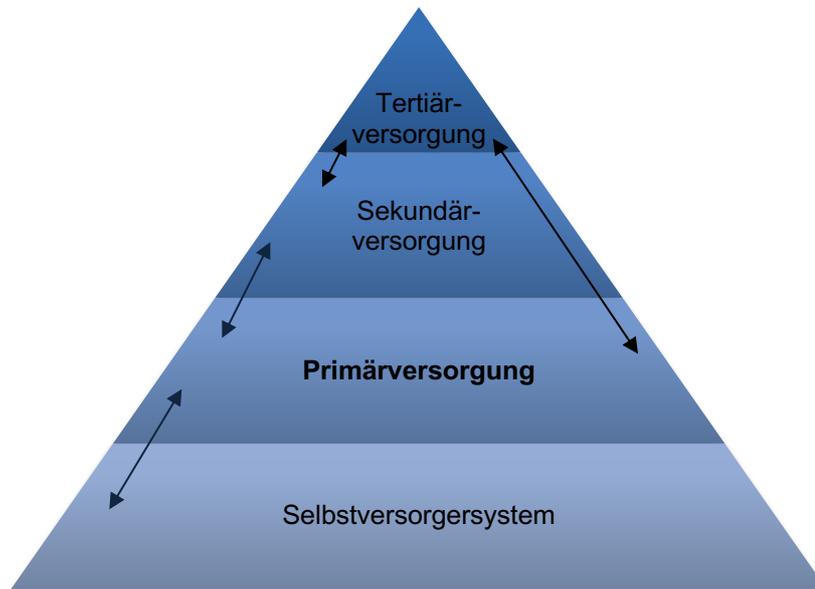


Abbildung 18: Stufen der medizinischen Gesundheitsversorgung; Quelle: eigene Darstellung

6.2 Integrierte Primärversorgung

Die PV sollte idealerweise die erste professionelle Stufe im Gesundheitssystem sein, mit der Patient*innen Kontakt aufnehmen. Sie spielt deshalb eine zentrale Rolle und soll zukünftig noch mehr gestärkt und ausgebaut werden. In der Primärversorgung sollte eine gute Steuerung und Lenkung der Patient*innen hin zu den passenden Ressourcen erfolgen. Die PV gilt, im Sinne eines erweiterten Gesundheitsbegriffes (siehe Kapitel 1.1), auch als erste Versorgungsebene für soziale, psychosoziale und pflegerische Probleme. Deshalb ist es notwendig, dass die Ebene der PV mit einer Vielzahl sozialer Einrichtungen wie zum Beispiel Beratungszentren, Einrichtungen der Jugendwohlfahrt, Gewaltschutzzentren, Frauenhäusern, verschiedenen Einrichtungen der Krisenintervention etc. kooperiert (vgl. Redelsteiner 2013:8).

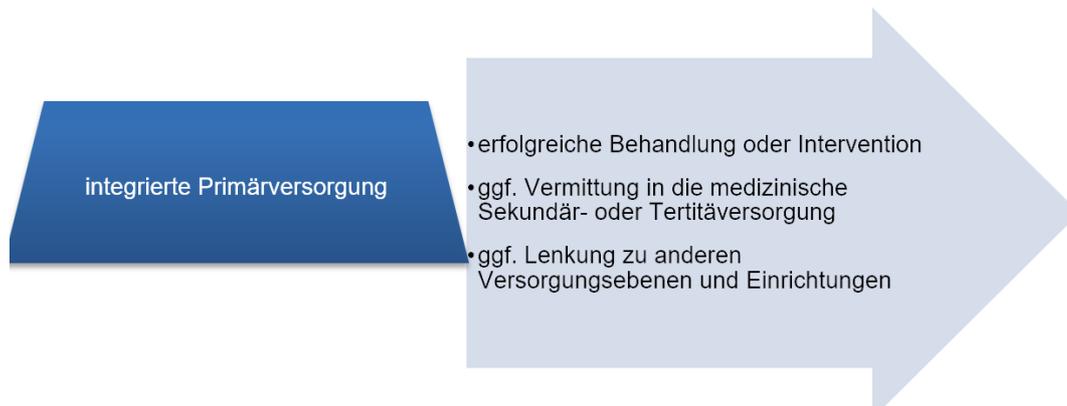


Abbildung 19: integrierte Primärversorgung; Quelle: eigene Darstellung

Als Aufgabenstellungen ergeben sich für diese erste Versorgungsebene (vgl. ebd.):

- niedrighschwelliger Zugang
- strukturiertes Ausfiltern echter medizinischer Notfälle, deren unmittelbare Weiterleitung und die Sicherstellung der Versorgungskontinuität im Anlassfall
- ganzheitliches Clearing der Situation durch fokussierte Anamnesen oder umfangreichere soziale Anamnesen
- Mithilfe bei der Auswahl und Vernetzung passender Ressourcen, beginnend vom Familiensystem, nachbarschaftlicher Hilfe bis hin zum professionellen Netzwerk an Gesundheits- und Sozialdienstleistungen
- Auslösen von aufsuchender Arbeit bei Patient*innen mit unklaren (psycho-)sozialen Lagen

6.3 Primärversorgung in Österreich – Stand 1. Halbjahr 2018

Im Jahr 2013 einigten sich Bund, Länder und der Hauptverband der Sozialversicherungsträger darauf, ein partnerschaftliches Zielsteuerungssystem zur Planung, Organisation und Finanzierung der österreichischen Gesundheitsversorgung einzurichten (vgl. BMGF 2017:o.A.). Im Jahr 2014 wurde das Konzept „Das Team rund um den Hausarzt“ als Teil der österreichischen Gesundheitsreform beschlossen. Ziel dieses Konzepts ist die Stärkung der PV im Gesundheitssystem (vgl. Berndonner / Hombauer 2015:7). Im Gesetz wurde die PV, wie folgt, definiert:

„Die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.“ (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz i.d.F. 14.04.2014, §3 Z7)

Am 2. August 2017 wurde das GRUG (Gesundheitsreformumsetzungsgesetz) verabschiedet. Darin wurden die rechtlichen Rahmenbedingungen für Primärversorgungseinheiten (PVE) definiert und der Weg für die Einrichtung einer

multiprofessionellen und interdisziplinären PV geebnet. Damit sollen die Tätigkeitsfelder für Ärzt*innen und andere Gesundheitsberufe in der PV attraktiver und die Arbeitsbedingungen verbessert werden (vgl. Bundeskanzleramt 2017).¹¹

6.4 Zielsetzungen für die Neuausrichtung der Primärversorgung

Das Gesundheitssystem muss an die bevorstehenden großen Veränderungen in Form der Zunahme von chronisch Kranken, technischer Neuerungen und der demografischen Entwicklung angepasst werden, um der Bevölkerung auch weiterhin eine hochwertige Gesundheitsversorgung bieten zu können. Gleichzeitig soll die berufliche Tätigkeit in der Primärversorgung für Ärzt*innen und andere Gesundheits- und Sozialberufe attraktiver gestaltet werden. Da die PVE als erste Anlaufstelle für Patient*innen gedacht sind, muss die zeitliche und örtliche Erreichbarkeit verbessert werden, insbesondere auch an Tagesrandzeiten und am Wochenende. Der Bevölkerung soll wohnortsnah ein attraktives Leistungsangebot zur Verfügung stehen. Es ist geplant, die Koordinierung und Vernetzungen zwischen den Gesundheits- und Sozialberufen zu verbessern, um Patient*innen unnötige Wege und doppelte Diagnostik zu ersparen und die Behandlung effizient zu gestalten. Dadurch werden auch nicht notwendige Krankenhausaufenthalte vermieden und Spitalsambulanzen und der Rettungsdienst entlastet. Außerdem ist angedacht, mehr gesundheitsfördernde und krankheitsvorbeugende Maßnahmen in die Primärversorgung zu integrieren (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2014:8). Um eine flächendeckende Primärversorgung in Österreich zu gewährleisten, sollen bereits bestehende lokale, wohnortnahe Versorgungsstrukturen gestärkt werden und stabile Netzwerke verschiedener Anbieter*innen aus dem Gesundheitssektor koordiniert als Team zusammenarbeiten (vgl. Berndonner / Hombauer 2015:7).

¹¹ Nähere Informationen zum Konzept „Das Team rund um den Hausarzt“ finden sich auf der Website www.sicher-versorgt.at unter „Konzept der Primärversorgung“. Das vollständige GRUG ist unter Bundesgesetzblatt BGBl. I Nr. 131/2017 auf der Website www.ris.bka.gv.at nachzulesen.

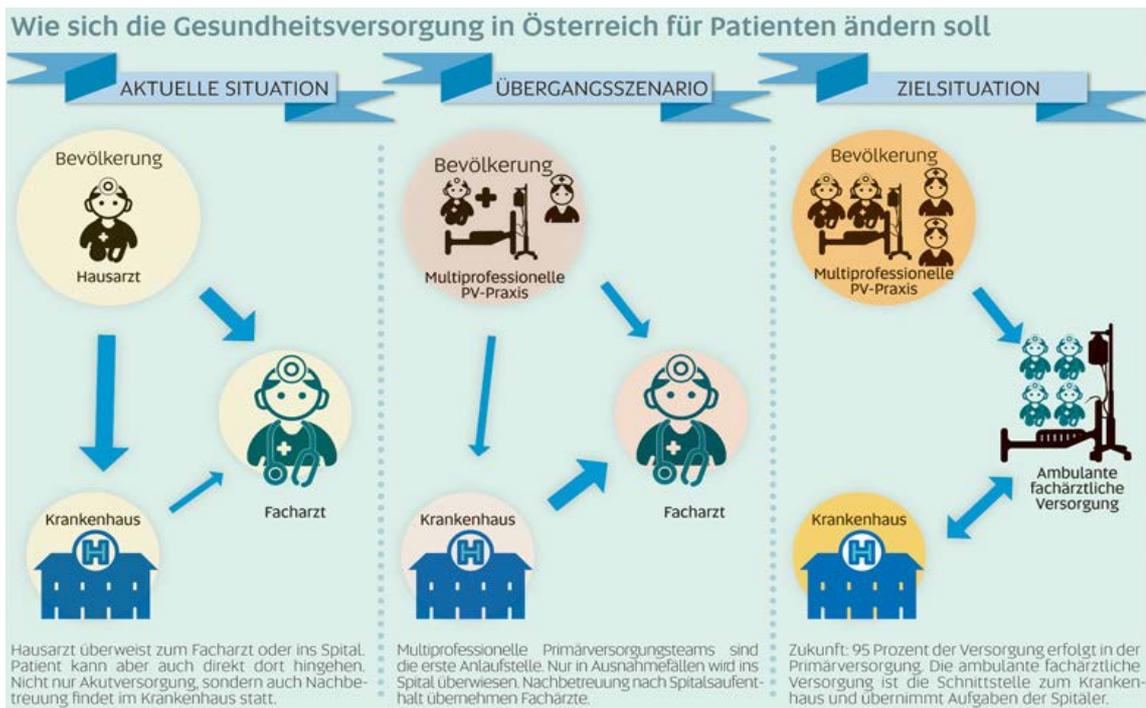


Abbildung 20: Änderungen der Gesundheitsversorgung; Quelle: Redl, B. (2016)

6.5 Struktur der Primärversorgungseinheiten

Um den unterschiedlichen regionalen Rahmenbedingungen gerecht zu werden, müssen PVE flexibel ausgestaltet werden können. Dafür stehen prinzipiell zwei Möglichkeiten zur Verfügung: eine Primärversorgungs-Einrichtung oder ein Primärversorgungs-Netzwerk.

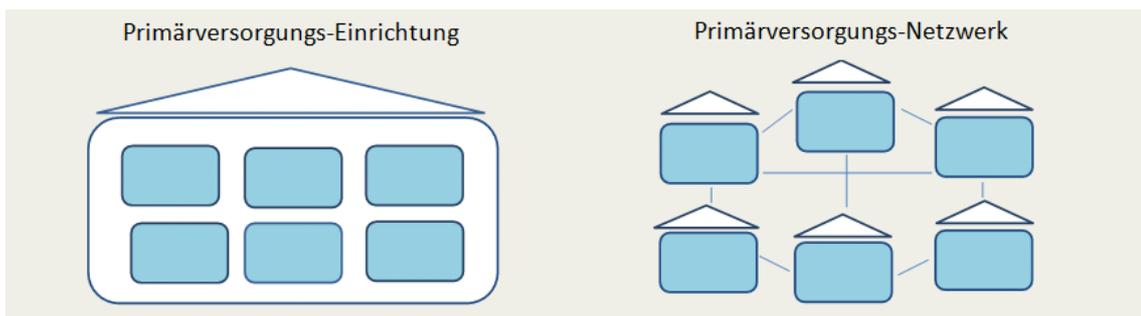


Abbildung 21: Aufbauorganisation der Primärversorgung; Quelle: BMG (2014)

Bei Primärversorgungs-Einrichtungen sind das Kernteam und das erweiterte Team an einem Standort vertreten. In Primärversorgungs-Netzwerken kann das Primärversorgungsteam auch auf unterschiedliche Standorte verteilt arbeiten. Gegenüber den Patient*innen und der Sozialversicherung treten die jeweiligen Einzelordinationen, Freiberuflichen, Gruppenpraxen etc. trotzdem als vertraglich verbundene Einheit auf. In der Praxis werden verschiedene individuelle Ausprägungen und Formen möglich sein.

Außerdem kann in vielen Fällen eine Anbindung an eine höhere Versorgungsstruktur wie zum Beispiel ein Krankenhaus sinnvoll sein. Grundsätzlich sollten bestehende Angebote genutzt werden, damit keine Parallelstrukturen entstehen. Ein Ausbau ist nur dort erforderlich, wo Versorgungslücken bestehen (vgl. BMG 2014:18). Unabhängig von der gewählten Form der Aufbauorganisation hat die jeweilige PVE nachzuweisen, dass die im Gesetz festgelegten Funktionen und Aufgaben entweder durch die Primärversorgungsstruktur selbst oder durch festgelegte Kooperationspartner gewährleistet werden (vgl. ebd.:19).

Jede PVE muss über ein Versorgungskonzept verfügen, das über folgende Punkte informiert:

- Versorgungsziele des Primärversorgungsteams
- Beschreibung des Leistungsspektrums
- Kontinuität der Betreuung von chronisch und multimorbid Erkrankten
- Aufbau- und Ablauforganisation
- Arbeits- und Aufgabenverteilung
- Verfügbarkeit (Anwesenheit, Rufbereitschaft, Vertretungsregeln) und örtliche Erreichbarkeit
- gemeinsamer Auftritt nach außen

6.6 Leistungsspektrum der Primärversorgungseinheiten

Der Leistungsumfang und die Anforderungen der neuen PVE sind im GRUG festgelegt. Alle Aufgaben müssen unter Einhaltung von vordefinierten Qualitätskriterien und Standards erfolgen.

- Funktion einer PVE als erste niederschwellige Anlaufstelle im Gesundheitssystem
- Angebote im Sinne von Gesundheitsförderung, Prävention und Stärkung der allgemeinen Gesundheitskompetenz
- umfassende Behandlung von Akuterkrankungen und chronischen Erkrankungen. Sollte ein Versorgungsbedarf bestehen, der vor Ort nicht abgedeckt werden kann, erfolgt eine qualifizierte Weiterleitung. Gleichzeitig erfolgt nach Behandlung eine Übernahme durch abgestimmte Weiterversorgung in anderen Versorgungseinrichtungen
- Mitwirkung an öffentlichen Gesundheitsaufgaben wie gemeindeärztliche Aufgaben, Infektionsschutzmaßnahmen, Totenbeschau, Untersuchungen nach dem Unterbringungsgesetz
- Mitwirkung an Ausbildung, Forschung und Weiterentwicklung (vgl. BMG 2014:10-13)

Durch die PVE ist eine breite diagnostische, therapeutische und pflegerische Kompetenz mit (Zusatz-)Kompetenzen insbesondere für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die Versorgung älterer Personen, die Versorgung von chronisch kranken und multimorbiden Patient*innen, die psychosoziale Versorgung, das Arzneimittelmanagement und die Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention abzudecken (vgl. BGBl. I Nr. 131/2017 § 5 [1]).

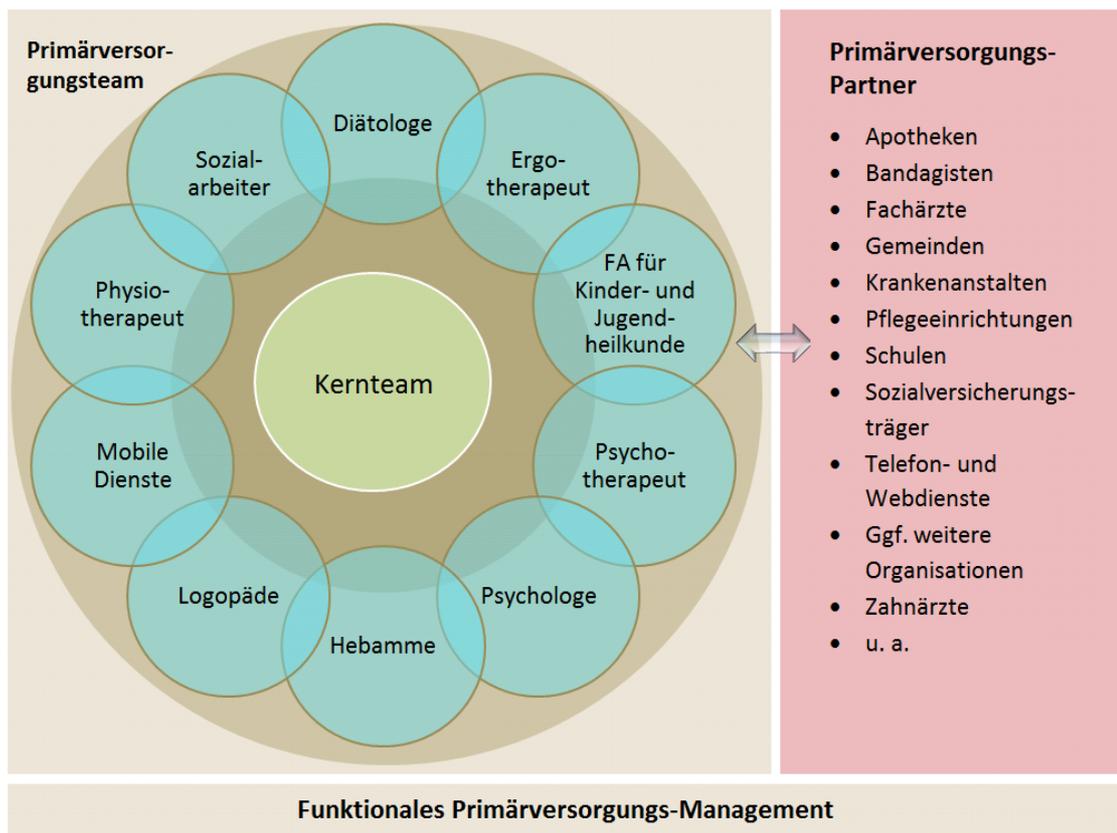
6.7 Die Berufsgruppen in den Primärversorgungseinheiten

Die personelle Besetzung der PVE orientiert sich am Leistungsspektrum der PV. Die genaue Art und Anzahl der Berufsgruppen kann regional angepasst werden (vgl. BMG 2014:14).

Als Mindestanforderung wird ein Kernteam aus

- Ärzt*innen für Allgemeinmedizin
- diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen
- Ordinationsassistent*innen

betrachtet, welches nach Bedarf durch die in Abbildung 22 ersichtlichen Berufsgruppen und Anbieter erweitert werden kann:



Anmerkung: Zusammensetzung des Primärversorgungsteams muss auf die regionalen Erfordernisse abgestimmt sein. Die Koordination und Kontinuität der Betreuung wird intern durch ein funktionales Primärversorgungs-Management gesichert.

Abbildung 13: Berufsgruppen in der Primärversorgungseinheit; Quelle: BMG (2014)

Die Mitarbeiter*innen der PVE sollen in engem, regelmäßigen Kontakt stehen und sich über die zu versorgenden Personen austauschen können. Dies soll durch regelmäßige Team- und Fallbesprechungen gewährleistet werden (vgl. ebd.:16).

Denkt man die PV jedoch im Sinne eines erweiterten Gesundheitsbegriffs und konzipiert dabei nicht nur eine rein medizinische Anlaufstelle, sondern ein Gemeinwesenzenrum mit integrierter Gesundheitsversorgung, dürfen auch informelle Helfer*innen wie ehrenamtliche Mitarbeiter*innen, engagierte Bürger*innen etc. nicht fehlen. Idealerweise wird das gesamte gesellschaftliche Umfeld miteinbezogen und kann im Sinne der Partizipation mitbestimmen und mitgestalten.

6.8 Soziale Arbeit in der Primärversorgung

Soziale Arbeit wurde zunehmend in das Gesundheitswesen einbezogen, um das mit Krankheit verbundene Risiko einer sozialen, beruflichen und finanziellen Benachteiligung von Patient*innen zu vermeiden bzw. abzumildern. Außerdem fördert die Behandlung psychosozialer Probleme den Heilungsprozess (Reinicke 2003; zit.n. Ortmann / Waller 2005:2). In der heutigen Zeit dominieren Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bösartige Neubildungen (Karzinome bzw. Krebs), Erkrankungen des Bewegungsapparates und psychische Störungen, die sich vielfach zu chronischen Langzeiterkrankungen entwickeln. Durch moderne medizinische Therapien hat sich die Lebenserwartung von Langzeitpatient*innen gesteigert und damit auch die Anzahl jener Menschen, die über eine Beeinträchtigung oder Behinderung verfügt. Trotzdem können chronische Erkrankungen je nach Schweregrad die Lebensqualität erheblich einschränken (z.B. durch Arbeitsunfähigkeit, mangelnde finanzielle Ressourcen, eingeschränkte soziale Kontakte und Freizeitmöglichkeiten). Somit wird deutlich, dass die körperlichen, psychischen und sozialen Dimensionen des Krankseins gleichermaßen bedeutsam sind und in der Gesundheitsversorgung beachtet werden müssen. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ist zwar primär krankheitsorientiert bzw. auf kranke Menschen fokussiert, jedoch werden gesundheitsfördernde Perspektiven wie soziale Unterstützung, Empowerment, Selbsthilfe etc. inkludiert (vgl. Ortmann / Waller 2005:1-2). Wissenschaftliche Studien aus den USA, wo die Soziale Arbeit schon längere Zeit in die PV integriert ist, belegen, dass sozialarbeiterische Interventionen einen positiven Einfluss auf den Gesundheitsverlauf von Patient*innen mit komplexen physischen und psychischen Gesundheitsproblemen und sozialen Bedürfnissen haben (vgl. McGregor et al. 2016:1-13).

Der Österreichische Berufsverband der Sozialen Arbeit (OBDS) kategorisierte im Jahr 2000 die Tätigkeit der Sozialen Arbeit in acht Handlungsfelder (siehe Kapitel 2.7). Eines davon ist das Handlungsfeld der Gesundheit, in das die Tätigkeit in einer PVE fällt (vgl. OBDS 2017). Die Soziale Arbeit wird im Konzept „Das Team rund um den Hausarzt“ (BMG 2014) als eine primärversorgungsrelevante Berufsgruppe genannt, die je nach Bedarf dem Kernteam hinzugefügt werden kann. Konkrete Leistungen, die die Soziale Arbeit in der PVE erbringen soll, werden jedoch weder im Konzept noch im GRUG aufgeführt, und es wird nicht weiter auf die Soziale Arbeit eingegangen. Mitglieder des OBDS entwickelten im Zuge der Verabschiedung des GRUG eine Informationsunterlage zur fachlichen und organisatorischen Einbindung von Sozialarbeiter*innen in die Primärversorgung. Dabei orientierte sich der OBDS unter anderem am Berufsbild der

Sozialen Arbeit. In der Informationsunterlage wird explizit auf die spezifischen Qualitäten und Leistungen der Sozialen Arbeit in diesem Bereich hingewiesen und das methodische Vorgehen der Berufsgruppe beschrieben. Außerdem wird ein Modell zur Finanzierung der Sozialen Arbeit im Rahmen der PV dargestellt (vgl. Finker et al. 2017:2-4).¹²

6.9 Rechtsformen der Primärversorgungseinheiten

Beim Aufbau einer PVE gibt es einige rechtliche Dinge zu beachten. Zu Beginn steht die Wahl der passenden Rechtsform. Hierbei gibt es wesentliche Unterschiede, deren Vor- und Nachteile gründlich abzuwägen sind. Weiter muss geklärt werden, wie die PVE finanziert wird. Dabei geht es sowohl um die Kosten für die Errichtung als auch um die laufenden Kosten (vgl. Straub 2017:33).

PVE können in folgenden Formen organisiert sein:

- Gruppenpraxis: Gesellschafter*innen einer Gruppenpraxis können nur Ärzt*innen sein. Sie können als offene Gesellschaft (OG) oder als Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH) aufgebaut sein (vgl. ebd.:32).
- selbstständige Ambulatorien: „Gesellschafterinnen und Gesellschafter von Primärversorgungseinheiten in Form von selbständigen Ambulatorien dürfen nur gemeinnützige Anbieter gesundheitlicher oder sozialer Dienste, gesetzliche Krankenversicherungsträger, Gebietskörperschaften bzw. von Gebietskörperschaften eingerichtete Körperschaften und Fonds sein.“ (BGBl. I Nr. 131/2017 § 10 (4))
- Netzwerk: „Wird eine Primärversorgungseinheit als Netzwerk, z.B. in Form eines Vereins geführt, so kann diese aus freiberuflich tätigen Ärztinnen und Ärzten, Gruppenpraxen sowie anderen nicht- ärztlichen Angehörigen von Gesundheits- und Sozialberufen oder deren Trägerorganisationen gebildet werden.“(Straub 2017:32)

6.10 Finanzierung der Primärversorgungseinheiten

Für die Errichtung und die erste Betriebsphase von 75 Einheiten wollen Bund, Länder und die Sozialversicherung insgesamt 200 Mio. Euro zur Verfügung stellen. Wieviel davon auf jede PVE entfällt, hängt von der Größe und vom Umfang des Leistungs-

¹² Nähere Informationen zum Thema Soziale Arbeit und Primärversorgungen finden sich auf der Website www.sozialarbeit.at unter der Fachgruppe „Primärversorgung“.

angebots einer PVE ab und ist Vereinbarungssache mit der zuständigen Gebietskrankenkasse. Schließlich ist die kassenvertragliche Komponente für die Vergütung der ärztlichen Leistung (und damit auch der Finanzierung des Betriebs) wesentlich. Um die erbrachten Leistungen über die gesetzliche Krankenversicherung abrechnen zu können, muss jede PVE über einen Primärversorgungsvertrag verfügen. Wird die PVE als Netzwerk geführt, können freiberuflich tätige Ärzt*innen auch (zusätzlich) Einzelverträge abschließen. Vertragspartner ist die jeweils zuständige Gebietskrankenkasse (vgl. Straub 2017:33).¹³

6.11 Das Österreichische Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen

Das Österreichische Forum „Primärversorgung im Gesundheitswesen“ (OEFOP) ist ein unabhängiger Verein, der sich kritisch mit der Entwicklung der PV in Österreich auseinandersetzt. Das Forum hat eine Plattform zur Vernetzung und zum Austausch aller an der PV beteiligten Akteur*innen geschaffen und will auf diese Weise ein gemeinsames Auftreten fördern. Bereits von Beginn an ist das OEFOP multiprofessionell aufgestellt und bezieht relevante Berufsgruppen ebenso ein wie Akteur*innen aus Forschung, Politik und Sozialversicherung. Dieses Forum dient als Anlaufstelle für Fragen und ist Multiplikator aktueller Entwicklungen. Außerdem werden geplante und bereits umgesetzte PV-Einheiten auf Karten gekennzeichnet, sodass die landesweite Entwicklung nachverfolgt werden kann (vgl. OEFOP 2017).¹⁴

¹³ Die Rahmenbedingungen zur Errichtung einer PVE variieren von Bundesland zu Bundesland und befinden sich aktuell noch in der Entwicklung. Genaue Informationen finden sich bei der Gebietskrankenkasse oder der Ärztekammer des jeweiligen Bundeslands.

¹⁴ Nähere Informationen zum OEFOP finden sich unter <https://primaerversorgung.org>.

Literatur

Berndonner, Lisa / Hombauer, Carina (2015): Übertragbarkeit von „Good-Practice“-Beispielen auf die niederösterreichische Primärversorgung. Schwerpunkte: Aufbau und Finanzierung. Bachelorarbeit, FH St. Pölten.

Bundeskanzleramt (2017): Gesundheitsreformumsetzungsgesetz 2017. (GRUG 2017) – beschlossene Änderungen. <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/171/Seite.1710935.html> [26.12.2017].

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2014): „Das Team rund um den Hausarzt“ Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. <http://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH1443/CMS1404305722379/primarversorgung.pdf> [26.12.2017].

BMGF – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2017): Gesundheitsreform – Zielsteuerung Gesundheit. <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/gesundheitswesen/gesundheitsreform.html> [02.12.2017].

Czypionka, Thomas / Ulinski, Susanna (2014). Primärversorgung. <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.602001&version=1410347801> [26.12.2017].

Dawson of Penn, Lord (1920): Interim report on the future provisions of medical and allied services. <http://www.sochealth.co.uk/healthcare-generally/history-of-health-care/interim-report-on-the-future-provision-of-medical-and-allied-services-1920-lord-dawson-of-penn> [26.12.2017].

Finker, Susanna / Eglseder, Hermann / Zahorka, Florian (2017): Sozialarbeit in der Primärversorgung. In: Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit–OBDS (Hg.): Informationsunterlage für Interessierte. http://www.sozialarbeit.at/files/sozialarbeit_in_pv_argumentationsunterlage.pdf [26.12.2017].

Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz i.d.F.v. 14.04.2018. <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009791>. [26.12.2017].

McGregor, Jules / Mercer, Stewart W. / Harris, Fiona M. (2018): Health benefits of primary care social work for adults with complex health and social needs: a systematic review. In *Health & Social Care in the Community*, 26 / 1, 1–13. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/hsc.12337> [26.12.2017].

OBDS – Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit (2017): Handlungsfeld Gesundheit. http://www.sozialarbeit.at/index.php?article_id=119&clang=0&bac=100&anchor=249 [12.11.2017]

Ortmann, Karlheinz / Waller, Heiko (2005): Grundlagen und Perspektiven gesundheitsbezogener Sozialarbeit. In: Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder. Hohengehren: Schneider, 2–16.

Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen (2017): Über uns: Forum Primärversorgung. <https://primaerversorgung.org/ueber-uns/> [07.02.2018].

Pichlbauer, Ernest (2016): Ist die Kassenfusion ein gangbarer Weg, die ambulante Versorgung besser zu organisieren? <http://www.rezeptblog.at/ist-die-kassenfusion-ein-gangbarer-weg-die-ambulante-versorgung-besser-zu-organisieren/> [26.12.2017].

Redelsteiner, Christoph (2013): Die erste Versorgungsebene als Schlüsselstelle für eine adäquate PatientInnenlenkung. Primary Care als integrierter Lösungsansatz – ein Aufgabengebiet der sozialen Arbeit. In: soziales_kapital. wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschul-lehrgeänge soziale arbeit, 9/2013, 1–17. <https://sozialeskapital.at/index.php/sozialeskapital/article/view/256/412> [26.12.2017].

Starfield, B. / Shi, L. / Macinko, J. (2005): Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Quarterly*. 83 (3), 457–502.

Straub, Michael (2017): Wie geht es jetzt weiter? In: Das österreichische Gesundheitswesen ÖKZ. Nr. 58, 32–33.

WHO – World Health Organization (1978): Erklärung von Alma Ata. Alma Ata.

WHO – World Health Organization (2016): Primary health care. http://www.who.int/topics/primary_health_care/en/ [21.11.2016].

7 E-Health und Telemedizin

Sandra Herold

E-Health steht für *Electronic Health* und ist der Sammelbegriff für den Einsatz digitaler Technologien im Gesundheitswesen, die zur Vorbeugung, Diagnose, Behandlung, Überwachung und Verwaltung dienen können. Es umfasst einen Informations- und Datenaustausch zwischen Patient*innen und Gesundheitsdiensten, Krankenhäusern, Beschäftigten im Gesundheitsbereich sowie Informationsnetzen zum Thema Gesundheit (vgl. Europäische Kommission 2016). Telemedizin als Teil von e-Health ermöglicht durch den Einsatz von technischen Elementen die Aufhebung der räumlichen, teilweise auch der zeitlichen Distanz zwischen den an der Behandlung Beteiligten (vgl. Schöne 2006:159-167; zit.n. Pelleter 2013:37). Das Konzept „Telemedizin“ ist nicht auf die Kommunikation zwischen Ärzt*innen, Therapeut*innen etc. und Patient*innen beschränkt, sondern beinhaltet auch Datenübertragungen, die maschinell ausgewertet werden können (vgl. Pelleter 2015:37). Die Kommunikation kann via Text, Ton, Bild oder auch Video erfolgen (vgl. BMGF 2016:o.A.).

7.1 Anwendungsgebiete von Telemedizin

Im Gesundheitssystem begegnet uns die Anforderung einer gleichbleibenden Behandlungsqualität bei anwachsendem Kostendruck. Es mangelt an Fachkräften bei gleichzeitig steigenden Patient*innenzahlen. Informationstechnologien sind ohne Weiteres verfügbar und einfach anwendbar. Beispielsweise trägt nahezu jede*r von uns ein Smartphone mit sich, welches man vielseitig einsetzen kann. Gleichzeitig sind diese Technologien immer kostengünstiger verfügbar und werden problemlos in Alltagsgegenstände integriert (vgl. Doppler 2017:o.A.).

Telemedizin umfasst eine große Vielfalt an Anwendungen. Grob können diese in folgende Kategorien eingeteilt werden:

- Telemonitoring: medizinische Überwachung des Gesundheitszustandes von Patient*innen aus der Entfernung
- Teletherapie: aktive Behandlung von Patient*innen aus der Entfernung
- Telekonsil: das Einholen einer Zweit- bzw. Fachmeinung
- Telekonferenz: bei einer laufenden medizinischen Behandlung wird ein zweiter Gesundheitsdienstleister kontaktiert und hinzugefügt (vgl. BMGF 2016:o.A)

■ Videosprechstunden

Nachfolgend werden einige Beispiele für den Einsatz von e-Health und Telemedizin im europäischen Ausland angeführt, um einen Einblick in die Bandbreite der digitalen Technologien zu geben:

Teleradiologie in Skandinavien

In dünn besiedelten Gebieten Norwegens und Schwedens, wo große Distanzen zwischen Wohnorten und medizinischen Einrichtungen überwunden werden müssen, verfügt man bereits über Erfahrungen mit der Teleradiologie. Dabei werden digitale Röntgenbilder in einem Gesundheitszentrum vor Ort von einer geschulten Person angefertigt und zur Diagnostik den räumlich getrennten Radiolog*innen zugesandt. Danach können gegebenenfalls weitere Schritte eingeleitet werden (vgl. Trill 2009:201).

Virtual Care Rooms in Schweden

In manchen Gebieten Schwedens besteht für die Bevölkerung nur eine geringe Anbindung an basismedinische Versorgung, und es müssen für den Besuch eines Arztes/einer Ärztin enorme Wegstrecken zurückgelegt werden. Um den Zugang zur Primärversorgung zu verbessern, wurden an drei Standorten *Virtual Care Rooms* installiert. Es handelt sich dabei jeweils um einen Raum in einem öffentlichen Gebäude z.B. in einer Schule, der über eine medizinische Ausstattung verfügt. Die Patient*innen haben dort die Möglichkeit, mit Hilfe einer Videoanleitung ihren Blutdruck, Blutzucker- und andere Blutwerte selbst zu bestimmen und einen Arzt/eine Ärztin oder Gesundheits- und Krankenpflegepersonal via Videokonferenz zu erreichen. Die erhobenen Werte werden automatisch an eine Gesundheitseinrichtung übermittelt. Eine Evaluierung zeigte, dass die Patient*innen mit der technischen Performance und der Qualität der Anbindung zur Primärversorgung grundsätzlich zufrieden sind (vgl. Nordic Health Innovation 2016:o.A.; zit.n. Riedler 2016:56).

Medgate in der Schweiz

In der Schweiz gibt es bereits seit über fünfzehn Jahren medizinische Call-Center, um den überfüllten Notaufnahmen in den Krankenhäusern entgegenzuwirken. Medgate fungiert dabei als größtes von Ärzt*innen betriebenes telemedizinisches Zentrum Europas. Täglich werden dort bis zu 5.000 telefonische Anfragen von den Mitarbeiter*innen entgegengenommen. Bei Bedarf können die Patient*innen auch per E-Mail oder per App Fotos übermitteln, um beispielsweise Hautveränderungen noch besser darstellen zu können. Auch eine Videokonferenz ist möglich. Der Rückruf durch

Ärzt*innen erfolgt in der Regel innerhalb einer Stunde. Diese haben, neben der telefonischen Beratung und gegebenenfalls Überweisung an eine medizinische Stelle, auch die Möglichkeit direkt ein Rezept oder ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis auszustellen. Außerdem kann der Dienst von Medgate auch online erreicht werden und man erhält innerhalb von 24 Stunden eine Antwort (vgl. Medgate 2016:o.A.; zit.n. Riedler 2016:69).

Telemedizinische Überwachung in Norddeutschland

Seit Juli 2015 können herzkrankte AOK-Versicherte in Schleswig-Holstein freiwillig an einer telemedizinischen Überwachung teilnehmen. Die Patient*innen werden mit einer elektronischen Waage, einem Blutdruckmessgerät und einem 12-Kanal-EKG-Gerät ausgestattet und sind dazu aufgefordert, täglich ihr Gewicht, ihren Blutdruck und ihren Puls zu erheben. Die gemessenen Werte werden automatisch an das Telemedizin-Zentrum übertragen. Alle anderen klinischen Daten der Patient*innen wie ihre Blutwerte, Begleiterkrankungen, Medikation etc. sowie ein 12-Kanal-Referenz-EKG liegen in einer elektronischen Patient*innenakte vor. Individuell werden Grenzwerte für die Vitalparameter festgelegt. Bei einer Überschreitung der Grenzwerte werden die Patient*innen zunächst nach Herzinsuffizienz-Symptomen befragt. Wenn sich ihr Zustand nicht verbessert, wird der/die behandelnde Arzt/Ärztin vom System automatisch informiert und sie erhalten die aktuellen Werte. Einmal wöchentlich erstellen die Patient*innen selbst ein 12-Kanal-EKG und übertragen es an das Telemedizin-Zentrum. Jedes EKG wird durch eine/n Kardiologen/Kardiologin begutachtet und alle Auffälligkeiten dem/der behandelnden Arzt/Ärztin mitgeteilt. Studien zeigen, dass durch die Tele-Überwachung die Einweisungszeit der Patient*innen reduziert und die Rehospitalisierungszeit verkürzt wird, und die Kosten für das Gesundheitssystem somit massiv gesenkt werden (vgl. Trill 2009: 213–220).

7.2 Nutzen von Telemedizin in der Primärversorgung

„Ausgehend von den Erkenntnissen, dass Herz-Kreislaufkrankheiten die häufigste Todesursache darstellen und chronische Erkrankungen in einer älter werdenden Gesellschaft zunehmen, bietet Telemedizin ein enormes Potential für eine hochqualitative wie kosteneffiziente Bereitstellung und Unterstützung von Leistungen des Gesundheitswesens. Darüber hinaus sichert Telemedizin den Zugang zur hohen Qualität in der Gesundheitsversorgung nicht allein in ‚Zentren‘, sondern auch an der ‚Peripherie‘.“ (BMGF 2016:o.A.)

Es gibt potentiell ein breites Einsatzspektrum von E-Health- und Telemedizin-Anwendungen, jedoch stellen aktuell chronische Erkrankungen das

Hauptanwendungsgebiet von telemedizinischen Diensten dar. Dabei werden folgende Nutzeneffekte erzielt:

- „Stärkung einer autonomen Lebensführung der Patient*innen in ihrem gewohnten sozialen Umfeld
- bessere Erfassung von kurzfristigen Schwankungen der Vitalparameter
- Verminderung des Zeitintervalls zwischen Beschwerdebeginn und Anforderung medizinischer Hilfe
- Reduktion von Hospitalisierungen bzw. von Routinekontakten (Nachsorge)
- Senkung der Aufenthaltsdauer in Gesundheitseinrichtungen und der Mortalität
- Kostendämpfung, vor allem beim Einsatz personeller Ressourcen.“ (vgl. ebd.)

Telemedizinischen Dienste zwischen Gesundheitsdienstleister*innen und Patient*innen führen dazu, dass Spitzenexpertise überall und jederzeit verfügbar gemacht wird, auch zu Nacht- und Randzeiten. Die vorhandenen Ressourcen werden somit effizienter eingesetzt, da sich die Vorhaltekosten für die Bereitstellung der erforderlichen Kapazitäten verringern. Außerdem werden die Belastungen für die Patient*innen minimiert, weil diese weniger oft weite Wege auf sich nehmen müssen. Damit bietet die Telemedizin eine großartige Chance in der Umsetzung des Gesundheits-Zielsteuerungsgesetzes (vgl. ebd.).

7.3 Digitale Technologien im psychosozialen Bereich

Nicht nur im Bereich der Primärversorgung können digitale Technologien eine wichtige Rolle spielen; vielmehr gibt es auch im psychosozialen Bereich neben bereits etablierten Telefondiensten zahlreiche Anwendungsgebiete. Online-Beratungen spielen eine immer größere Rolle, weil sie für die Nutzer*innen anonym und unkompliziert sind. Mittlerweile haben Studien auch bestätigt, dass internetbasierte kognitive Verhaltenstherapien eine innovative und wirksame Komponente bei der Behandlung von depressiven Störungen darstellen (vgl. Universität Leipzig Medizinische Fakultät 2017). Digitale Technologien können etwa auch mehr Abwechslung und verbesserte Kommunikationsmöglichkeiten für ältere Menschen schaffen. Beispielsweise zielt das Projekt BRELOMATE darauf ab, die Einbindung von sozial isolierten älteren Menschen in ihre Umwelt zu verbessern und somit zu einer Steigerung ihrer Lebensqualität beizutragen. Dafür wurde eigens eine Multiscreen-Kommunikationsplattform für Videotelefonie und Kartenspiele geschaffen, um diese Personengruppe

an bestehende Informationsdienste und Anwendungen oder Soziale Netzwerke im Internet heranzuführen (vgl. Center for Digital Health Innovation 2017).

7.4 Herausforderungen und Grenzen beim Einsatz digitaler Technologien im Gesundheits- und Sozialbereich

Um die fortschreitende Digitalisierung für das Gesundheits- und Sozialwesen flächendeckend nutzbar zu machen, müssen noch offene Fragen, vor allem jene zur Finanzierung, zu den Qualitätsstandards sowie zu datenschutzrechtlichen und ethischen Anforderungen digitaler Dienste geklärt werden. Die dafür extra eingerichtete Telegesundheitsdienste-Kommission veröffentlichte 2014 erstmals Empfehlungen zur Einführung konkreter telemedizinischer Dienste in der Regelversorgung in Österreich. 2015 wurden weitere Richtlinien für den Bereich Telemonitoring publiziert (vgl. BMGF 2016:o.A.).¹⁵

¹⁵ Nähere Informationen zum Einsatz digitaler Technologien im Gesundheits- und Sozialbereich in Österreich einschließlich der aktuellen rechtlichen Standards finden sich auf der Webseite des Bundesministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz unter dem Punkt Gesundheit/E-Health.

Literatur

BMGF – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2016): Telemedizin. https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/E_Health_Elga/Telemedizin/ [05.11.2017].

Center for Digital Health Innovation (2017): Project Brelomate 2. <https://cdhi.fhstp.ac.at/projects/brelomate2/news/> [17.03.2018].

Doppler, Jakob (2017): Interprofessionalität gestützt durch Digitalisierung – Visionen der Zukunft. Vortrag am Symposium Interprofessionalität in der Primärversorgung. St. Pölten, 20.9.2017.

Europäische Kommission (2016): eGesundheit. ec.europa.eu [05.11.2017].

Medgate (2017): Telemedicine Center. <https://www.medgate.ch/de-ch/telemedicinecenter> [11.11.2017].

Nordic Health Innovation (2016): The virtual health room. <https://www.nhiab.com/kopia-pa-loesningar> [11.11.2017].

Pelleter, Jörg (2013): Grundlagen der Telemedizin. In: Telemedizin. Wege zum Erfolg. Stuttgart: W. Kohlhammer, 36–65.

Riedler, Katharina (2016): Entwicklungen im Bereich der Telemedizin: Beispiele aus Europa. In: Zeitschrift für Gesundheitspolitik. Nr. 3, 48–72.

Schöne, Klaus (2006): Telemonitoring als Standard bei der Therapie mit implantierbaren Herzschrittmachern und Defibrillatoren – Juristische Aspekte der Aufklärung. In: Niederglag, Wolfgang / Dierks, Christian / Rienhoff, Otto / Lemke, Heinz U. (Hg.): Rechtliche Aspekte der Telemedizin. Dresden, 159–167.

Trill, Roland (2009): Praxisbuch eHealth. Von der Idee zur Umsetzung. 1. Auflage, Stuttgart: W. Kohlhammer.

Universität Leipzig Medizinische Fakultät (2017): Moodgym. http://www.moodgym-deutschland.de/studien/?page_id=95&id=3 [17.03.2018].

8 Marktgemeinde Orth an der Donau

Lisa Stöger

8.1 Orth an der Donau

Der Arbeitskreis „Gesundheit“ der Marktgemeinde Orth an der Donau beauftragte die Fachhochschule St. Pölten damit, ein Konzept für ein örtliches Gemeinwesenzentrum als primären Ort der Gesundheitsvorsorge zu erstellen und die Rahmenbedingungen sowie Anforderungen dafür zu erforschen. Eine Forschungsgruppe des Studiengangs „Master für Soziale Arbeit“ übernahm diesen Auftrag. Ausgangslage bildete die zunehmende Zahl an älteren Menschen in der Gemeinde, während die Zahl praktizierender Allgemeinmediziner*innen zurückgeht. Die lokale Bevölkerung hatte überdies Bedenken hinsichtlich der Qualität der Organisation und der Qualifikation des Personals im Bereich des Rettungsdienstes und der Hauskrankenpflege geäußert (vgl. Herold et al. o.A.: 2).

Die Forschungsgruppe wurde insbesondere damit beauftragt, eine zufriedenstellende gesundheitliche Versorgung der Marktgemeinde Orth zu konzipieren, welche personenunabhängig ist. Ein innovatives, zukunftsweisendes Konzept soll die im Gemeinwesen und bei den Bürger*innen vorhandene Ressourcen identifizieren, stärken und verknüpfen. Versorgungslücken waren zu eruieren und anschließend Konzepte zu deren Überbrückung bzw. Schließung zu erstellen. Dabei sollte sich die Forschungsgruppe an einem ganzheitlichen Gesundheitsbegriff orientieren. Im Konzept für ein Gemeinwesenzentrum sollen soziale, kommunale und medizinische Komponenten verbunden werden, die für alle Gesellschaftsschichten ansprechend sind. Ziel ist es, durch die Schaffung eines Gemeinwesenzentrums das derzeitige Hilfesystem in und um die Marktgemeinde Orth an der Donau zu entlasten.

8.2 Hintergründe und demografische Ausgangslage Orth an der Donau

Orth an der Donau ist eine niederösterreichische Marktgemeinde im Bezirk Gänserndorf. Diese liegt etwa 30 Kilometer von der Wiener Stadtgrenze entfernt im Marchfeld und befindet sich im Zentrum des Nationalparks Donau-Auen. Zum einen ist die Marktgemeinde von landwirtschaftlich bewirtschafteten Feldern umgeben, zum anderen

von den Wäldern des Nationalparks und der Donau (vgl. Orth an der Donau: Kultur und Sehenswürdigkeiten 2018: o.A.)

In und um Orth an der Donau gibt es vielfältige Kultur- und Freizeit-Angebote. Der Nationalpark Donau-Auen bietet sich für Freizeit- und Naturerlebnisse wie Wanderungen, Bootstouren und geführte Exkursionen an (vgl. Donau-Auen/Besucherinfo 2018: o.A.). Eine bedeutende Sehenswürdigkeit ist das 2004 bis 2005



Abbildung 23: Karte Orth an der Donau; Quelle: Google Maps

revitalisierte Schloss Orth, welches als Museum und Tourismusbüro für den Nationalpark Donau-Auen dient. Orth an der Donau verfügt auch über diverse Fahrradrouten und Wanderwege. Neben den Freizeit-Angeboten und Sehenswürdigkeiten findet sich in der Marktgemeinde eine aktive Vereinskultur mit über 30 Vereinen, die sportliche, soziale oder politische Ziele verfolgen (vgl. Orth an der Donau: Vereine 2018: o.A.).

In der Marktgemeinde Orth an der Donau lebten 2017 etwa 2.067 Personen, wovon der größere Anteil der Altersgruppe von 15 bis 60 Jahren angehört. Die zweitgrößte Altersgruppe bildet jene der Personen von 60 und mehr Jahren. Die kleinste Gruppe bilden Personen unter 15 Jahre und 2017 lebten etwa 300 Kinder in Orth an der Donau. In der Marktgemeinde gibt es in etwa 570 Familien, welche im Durchschnitt ein bis zwei

Kinder haben. Trotz einer geringen Geburtenrate wächst die Gemeinde stetig durch einen regen Zuzug (vgl. Land Niederösterreich/NOE: Bevölkerung 2018: o.A.).

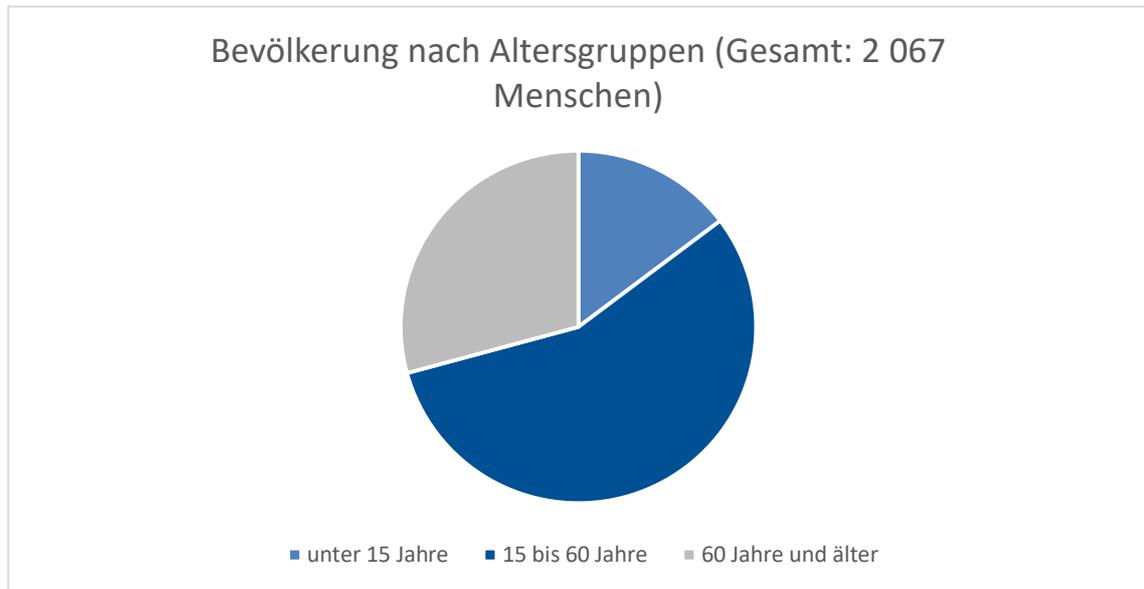


Abbildung 14: Bevölkerung nach Altersgruppen; Quelle: eigene Darstellung

8.3 Aktuelle Versorgungsstruktur in Orth an der Donau

Die Marktgemeinde Orth an der Donau verfügt bereits über medizinische und medizinnahe Angebote sowie auch über soziale- und Freizeitangebote. Die in der Marktgemeinde vorhandenen Ressourcen werden im Folgenden anhand einer Grafik überblicksmäßig dargestellt (vgl. Abbildung 21) und sollen lediglich einen ungefähren Überblick über die aktuelle Versorgungsstruktur der Marktgemeinde Orth an der Donau geben. Eine genauere Auflistung der Angebote in, aber auch in der Umgebung der Gemeinde findet sich in den Konzeptvorschlägen (siehe Konzeptvorschlag „Orther Gesundheits- und Sozialnetz“). Die Forschungsgruppe recherchierte nach aktuellen Versorgungsstrukturen in den Bereichen medizinische Versorgung, medizinnahe Versorgung, soziale Versorgung sowie Freizeitangebote. Die Marktgemeinde Orth an der Donau verfügt über eine*n Allgemeinmediziner*in, eine*n Facharzt*in für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde sowie für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Zusätzlich befindet sich in der Gemeinde auch ein*e Physiotherapeut*in.

Die medizinischen Angebote setzen sich aus einer in Orth an der Donau ansässigen Masseur*in, Psychotherapeut*innen, einer Psychologischen Beratung, ein*e Ernährungsberater*in, der Hauskrankenpflege und einer mobilen Physio- und Ergotherapeut*in zusammen. Die soziale Versorgung umfasst diverse Betreuungs- und

Bildungseinrichtungen für Kinder wie z.B eine Kleinkinder-Betreuung, Tagesmütter, einen Kindergarten, eine Volksschule, eine Neue Mittelschule und einen Hort. Auch findet man eine soziale Versorgung im „Haus mit Leben“, einer Einrichtung für Menschen mit Behinderungen sowie im Niederösterreichischen Pflege- und Betreuungszentrum für ältere Menschen. Außerdem verfügt die Gemeinde über die Blaulichteinrichtungen der Polizei, der Freiwilligen Feuerwehr und der Johanniter.

Orth an der Donau bietet auch ein vielfältiges Freizeitangebot. Innerhalb vieler verschiedener Vereine werden Themen wie Sport und Bewegung, Theater, Musik und Bildung abgedeckt.

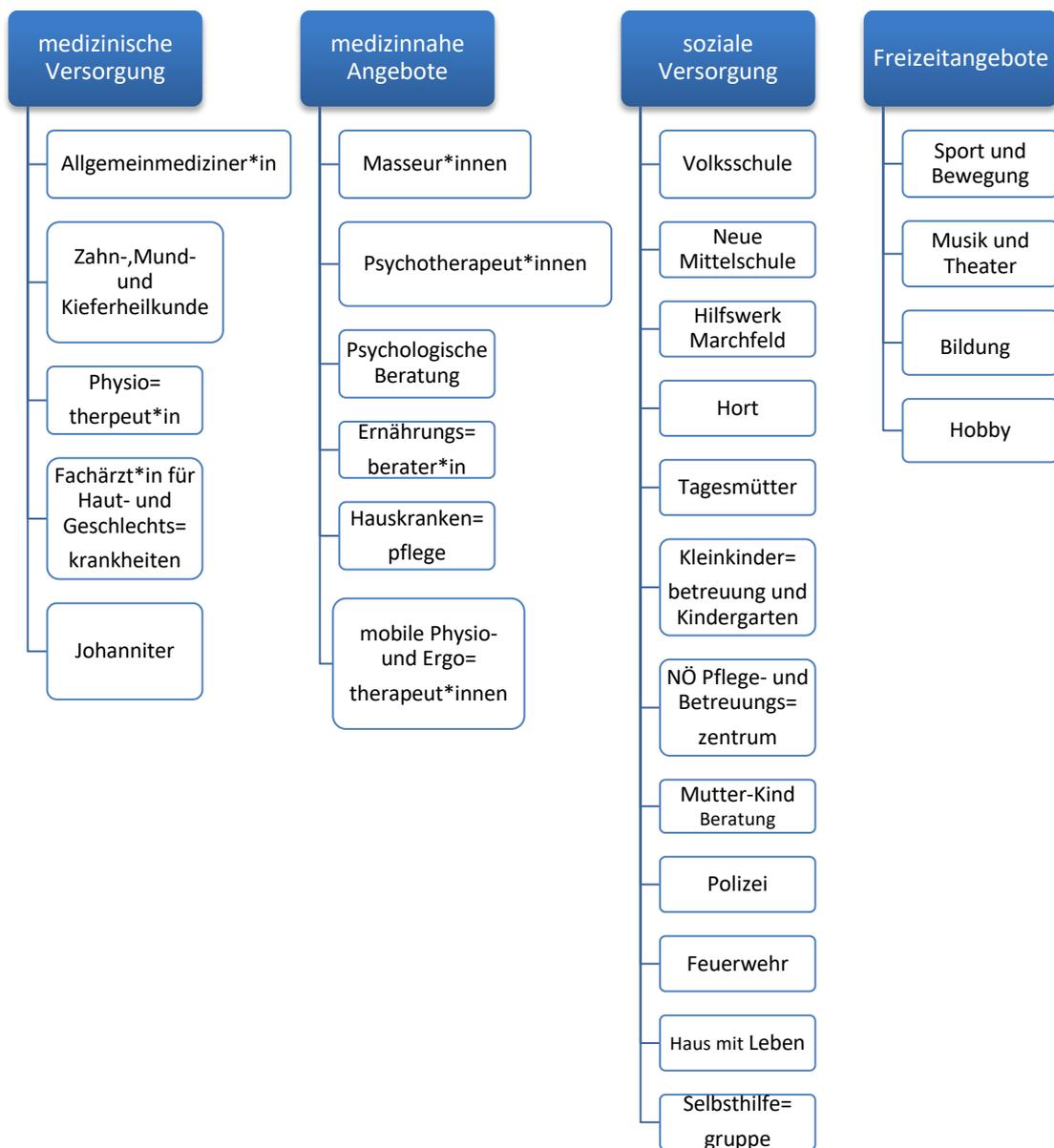


Abbildung 15: aktuelle Versorgungsstrukturen in Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung

8.4 Versorgungsbedarf der Bevölkerungsgruppen in Orth an der Donau

Den Versorgungsbedarf erhob die Forschungsgruppe anhand von qualitativen Forschungsmethoden. Es wurden Expert*inneninterviews durchgeführt, und ein Bürger*innen-Rat sowie ein Bürger*innen-Café wurden organisiert (siehe Kapitel 11.7). Die Teilnehmer*innen sowie die Expert*innen berichteten der Forschungsgruppe über bereits bestehende Ressourcen, aber auch über den Bedarf, den sie für die Marktgemeinde sehen. Vordringlich wurde das Fehlen eines **sozialen Treffpunkts** in der Gemeinde genannt. Dieser könnte für gemeinsame Aktivitäten und einen Austausch innerhalb der Bevölkerung genutzt werden. Die Bürger*innen sehen in jedem/jeder einzelnen Mitbürger*in ein hohes Potenzial und möchten voneinander lernen, vor allem auch generationenübergreifend (vgl. A1 2018: Zelle B18). Zusätzlich sehen sie den Bedarf an einer **Nachbarschaftshilfe**. Man könnte nicht nur voneinander lernen, sondern auch einander helfen. Dies würde das Gemeinschaftsgefühl innerhalb der Gemeinde stärken. Es wird auch ein Bedarf an speziellen Angeboten für Zielgruppen wie **Jugendliche, Menschen mit Behinderungen und Menschen mit psychischer Erkrankungen** wahrgenommen (vgl. A1 2018: Zelle B15; C15; D17). Es fehlt an Raum, Betreuungsmöglichkeiten und Möglichkeiten einer betreuten Unterbringung tagsüber.

Neben vielen sozialen Versorgungslücken benötigt die Gemeinde in naher Zukunft eine*n **Nachfolger*in für den Allgemeinmediziner** von Orth an der Donau. Dieser steht kurz vor seiner Pensionierung, und es zeigt sich schwierig, Ersatz zu finden. Die Bürger*innen zeigen sich nicht nur um die Allgemeinmedizin besorgt, sondern auch um den Mangel an **Fachärzt*innen**. Viele Fachärzt*innen bieten ihre Leistungen lediglich in der Umgebung der Marktgemeinde Orth an der Donau an (vgl. A1 2018: Zelle O23). Es gibt jedoch viele Menschen in der Gemeinde, welche nicht mehr mobil sind und für die daher die Möglichkeit zur fachärztlichen Konsultation nicht gegeben ist. Darüber hinaus fehlt es an ausreichenden **öffentlichen Verbindungen**. Daher wäre es wünschenswert, Fachärzt*innen in der Gemeinde anzusiedeln, um auch diese medizinische Versorgungslücke zu schließen (vgl. A1 2018: Zelle M15).

Die Bürger*innen und Expert*innen ermöglichten der Forschungsgruppe tiefere Einblicke in die Gemeindestruktur und artikulierten eine genaue Vorstellung sowohl vom Bedarf der Gemeinde als auch von den in der Gemeinde vorhandene Ressourcen. Das vorliegende Kapitel über „Konzeptbausteine“ enthält detaillierte Angaben zu den Ideen und Bedarfen der Gemeinde (siehe Kapitel 11.8.1).

8.5 Fazit

Die Marktgemeinde Orth an der Donau hat einen hohen Anteil an einer älteren Bevölkerung. Daher steigt der Bedarf an medizinischer und pflegerischer Versorgung. Dies zeigt sich in der Gemeinde aktuell als problematisch, da es nur wenige ansässige Fachärzt*innen gibt und die Pensionierung des Allgemeinmediziners bevorsteht. Ebenso weist die medizinische Versorgung in Akutfällen Lücken auf, weil es im Bezirk Gänserndorf keine Krankenhäuser gibt. Somit zeigt sich ein erhöhter Bedarf, die vorhandenen medizinischen Versorgungslücken in und um die Marktgemeinde Orth an der Donau zu schließen. Die soziale Versorgung wirkt auf den ersten Blick gut ausgebaut, doch sehen die Bürger*innen wie auch die Forschungsgruppe die Notwendigkeit, auch in diesem Bereich vorhandene Lücken zu schließen. Die Bevölkerung der Marktgemeinde und ihr Zusammenhalt muss aktiviert und gestärkt werden. Die Bevölkerung äußert vielfach die Auffassung, dass nicht immer Expert*innen benötigt werden. Sie können voneinander durch einen gezielten Austausch lernen und einander im Sinne der Nachbarschaftshilfe helfen. Um die von den Auftraggeber*innen formulierten Anliegen umzusetzen, werden innovative Ideen benötigt, um in der Folge passende Konzepte für die Marktgemeinde Orth an der Donau zu entwickeln. Die Forschungsgruppe nimmt zunächst bereits bestehende Best Practice-Modelle unter die Lupe, um daraus für mögliche Lösungsansätze bzw. Konzepte für ein Gemeinwesen-zentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung in der Marktgemeinde zu lernen.

Literatur

Herold, Sandra / Laminger, Sarah / Moser, Michaela et al.: PC3 – Primary Care in the Center of the Community. Gemeinwesen als primärer Platz der Gesundheit. Möglichkeiten der Mitgestaltung einer ganzen Gemeinde. Powerpoint-Präsentation, Sankt Pölten.

Land Niederösterreich (NOE) Bevölkerung (2018: o.A.). http://www.noe.gv.at/noe/Orth_an_der_Donau.html#bevoelkerung [29.03.2018].

Orth an der Donau: Vereine (2018: o.A.), http://www.orth.at/Seiten/070_Adressen/077_Vereine.html [28.03.2018].

Orth an der Donau: Kultur und Sehenswürdigkeiten (2018: o.A.). http://www.orth.at/Seiten/050_Kultur/00_Kultur.html [28.03.2018].

Nationalpark Donau-Auen: Besucherinfo (2018: o.A.). <https://www.donauauen.at/> [28.03.2018].

Daten

A1 Auswertung Expert*inneninterviews am 15.12.2017 verfasst von Oliver Auer, Sandra Herold, Sarah Laminger, Marlies Presser, Patricia Renner, Magdalena Seidl, Lisa Stöger

9 Best Practice

9.1 Finnland

Sandra Herold

Bis zum Jahr 2018 ist die finnische Gesundheits- und Sozialversorgung Aufgabe der Kommunen und kann vor Ort verhältnismäßig autonom gestaltet werden. Vielfach wurde dieser Bereich auch an externe Träger ausgelagert oder Kommunen schlossen sich zu einem Versorgungsbund zusammen (vgl. Schaeffer et al. 2015:23-24). Mit Anfang 2019 tritt in Finnland eine umfassende Gesundheits- und Sozialreform in Kraft und die Steuerung, Finanzierung und Planung wird zukünftig von 18 Verwaltungseinheiten organisiert. Dies soll Kosten senken, die Qualität fördern und das Sozial- und Gesundheitssystem modernisieren (vgl. Häkkinen 2017a:4).

Kommunale Gesundheitszentren (finnisch *Terveysasemat*) sind seit den 1970er-Jahren die tragende Säule der Gesundheitsversorgung in Finnland. Engpässe in der ambulanten Versorgung haben die Gesundheitsverwaltung Finnlands veranlasst, den Weg der Einführung der Primärversorgung (PV) einzuschlagen. Finnland gilt als Vorreiter im Bereich der PV und hat bereits vor der Erklärung von Alma-Ata (siehe Kapitel 6) das staatliche Gesundheitssystem dahingehend umstrukturiert.

In Finnland besteht ein flächendeckendes Netz an kommunalen Gesundheitszentren, die den Großteil der medizinischen Versorgung abdecken. Selbstverständlich existieren auch Krankenhäuser, Facharztpraxen und spezialisierte Zentren, jedoch ist der Weg dahin nur durch eine Überweisung des Primärversorgungszentrums (PVZ) oder im Notfall möglich. Ziel ist es, eine umfassende, gut erreichbare PV im gesamten Land zu gewährleisten, die allen Bürger*innen Finnlands zur Verfügung steht. Die PV-Zentren sind den jeweiligen Gegebenheiten vor Ort durch eine individuelle technische und personelle Ausstattung angepasst. Das Aufgabenspektrum ist weit gefächert und beinhaltet präventive, medizinische, soziale, pflegerische und manchmal auch rehabilitative Leistungen für alle Altersgruppen der Gesellschaft. Außerdem gibt es in ländlichen Gebieten kleine stationäre Abteilungen zur Akut- oder Langzeitversorgung, die an ein zentrales PVZ angeschlossen sind. Das Personal verfügt über eine multiprofessionelle Ausrichtung, die dem regionalen Bedarf angepasst wird. Vertreten sind unter anderem Allgemeinmediziner*innen, verschiedene Fachärzt*innen,

Physiotherapeut*innen, Sozialarbeiter*innen, Psycholog*innen und Hebammen. Die Mehrheit der an PV-Zentren Beschäftigten bildet jedoch das Pflegepersonal. Fachpflegekräfte sind in Finnland sehr gut ausgebildet, und es gibt eine spezialisierte Ausbildung für Pflegekräfte in der PV (vgl. Schaeffer et al. 2015:95-97). Die Zentren werden entweder durch die Kommunen betrieben oder durch einen regionalen Verbund. Die Kommunen können allerdings auch gemeinnützige Organisationen oder gewinnorientierte Anbieter als Betreiber der PV beauftragen. Die Gesamtverantwortung obliegt jedoch der Kommune (vgl. Laamanen et al. 2008; Tynkkynen et al. 2012; zit.n. Schaeffer et al. 2015:98). Alle Einwohner*innen Finnlands sind aufgrund ihrer Wohnadresse einem kommunalen PVZ zugewiesen. Wer möchte, kann das PVZ wechseln, muss in diesem Fall jedoch einen schriftlichen Antrag stellen. Die PVZ sind steuerfinanziert, in erster Linie aus kommunalen Steuern. Vereinzelt werden auch Gebühren zur Nutzung erhoben, die die Patient*innen in der Regel selbst tragen müssen (vgl. Häkkinen 2005:101-118; Tynkkynen et al. 2012; zit.n. Schaeffer et al.2015:98). Nachfolgend findet sich eine beispielhafte Kostenaufstellung für Helsinki:

Besuch eines PVZ im Rahmen eines vereinbarten Termins für Personen wohnhaft in Helsinki	kostenlos
Besuch eines PVZ im Rahmen eines vereinbarten Termins für Personen nicht wohnhaft in Helsinki	16,40 Euro
Besuch eines PVZ ohne Termin	40,30 Euro
Besuch einer Krankenhausambulanz	32,70 Euro
Tagessatz für einen Krankenhausaufenthalt	38,80 Euro

Tabelle 4: Kosten Besuch PVZ; Quelle: Darstellung nach City of Helsinki (2018)

Die hohe Gebühr, die bei einem Besuch ohne Termin erhoben wird, ist darauf zurückzuführen, dass vorausgesetzt wird, dass man einen Termin vereinbart und dabei bereits sein Anliegen geschildert hat. Dadurch, dass bereits telefonisch Beratungen durchgeführt und gegebenenfalls via Telefon Rezepte ausgestellt werden können, verhindert man nicht indizierte Besuche und spart Ressourcen. Kriegsveteranen oder Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung, die in eine Klinik eingewiesen werden müssen, sind von den Gebühren ausgenommen. Wenn Patient*innen weiterer / fortlaufender Behandlungen bedürfen, werden diese mit neun Euro pro Behandlung abgerechnet und sind auf 45 Behandlungen pro Jahr beschränkt. Der Höchstbetrag, den Patient*innen bezahlen müssen, beträgt 590 Euro (vgl. City of Helsinki 2018).

In Finnland gelten technische und innovative Systeme im Gesundheitsbereich als selbstverständlich. Auf Grund des peripheren Charakters vieler Regionen in Finnland und des akuten Ärzt*innenmangels müssen oft weite Strecken überwunden werden, sodass vielfach digitale Technologien zum Einsatz kommen. Außerdem werden Patient*innendaten auf elektronischen Serviceplattformen gespeichert, auf denen auch Befunde einsehbar sind. Ärzt*innen und Pflegekräfte bieten Telefon-, Video- und Onlinesprechstunden an und können digital Verordnungen oder Überweisungen tätigen. Zusätzlich verfügt beispielsweise in Helsinki jedes PVZ über eine frei zugängliche „Self Check Zone“, wo Patient*innen ihren Blutdruck, ihr Gewicht und ihren Hüftumfang ermitteln können (vgl. City of Helsinki 2018).

9.1.1 Primärversorgungszentrum Savitaipale

Nachfolgend wird ein für den ländlichen Raum Finnlands typisches PVZ dargestellt. Das PVZ der Gemeinde Savitaipale in Südkarelien ist für die Primärversorgung von knapp 3.800 Einwohner*innen zuständig. Der Ort liegt knapp 40 Kilometer von der Stadt Lappeenranta entfernt, die das Zentrum des finnischen Südostens darstellt. Etwa 30 Prozent der Einwohner*innen Savitaipales sind älter als 65 Jahre. Die Gemeindefläche beträgt 690 Quadratkilometer (neben 150 Quadratkilometern Wasserfläche), während die Bevölkerungsdichte bei lediglich sieben Einwohner*innen pro Quadratkilometer liegt. Das PVZ liegt am Ortsrand von Savitaipale neben dem örtlichen Einkaufszentrum. Im Erdgeschoß befindet sich eine Rezeption, die Sprechzimmer der Ärzt*innen und Therapeut*innen sowie ein Labor- und Röntgenraum. Im Obergeschoss ist ein stationärer Bereich untergebracht. Die Räumlichkeiten sind schlicht und funktional.

Das PVZ ist Teil eines regionalen Verbunds, der im Jahr 2010 von acht Kommunen gegründet wurde. Das ländliche PVZ verfügt neben Abteilungen für Allgemeinmedizin und Kindermedizin über ein breites Leistungsspektrum wie z.B. eine Diabetesberatung, Krankengymnastik, Zahnpflege, ein Labor, eine Familienberatungsstelle, psychosoziale Versorgung, eine Entbindungsklinik etc.. Während der regulären Öffnungszeiten (Montag bis Donnerstag von 8:00 bis 16:00 Uhr und Freitag von 8:00 bis 15:00 Uhr) ist das Zentrum auch für die Notfallversorgung zuständig. Außerhalb der Öffnungszeiten werden Patient*innen bei Eintreten eines schwerwiegenden medizinischen Notfalls, den die PVZ nicht übernehmen kann, in das nächst gelegene Krankenhaus in Lappeenranta überwiesen.

Das Kernteam besteht aus drei Vollzeit-Ärzt*innen und fünf Pflegekräften (vier Vollzeit- und eine Teilzeitstelle), die über unterschiedliche Spezialisierungen verfügen. Aufgrund des Ärzt*innenmangels in Finnland und die hohe Fluktuation von Ärzt*innen –Ärzt*innen werden häufig durch Leasingfirmen „verteilt“ – gibt es keine längerfristigen ärztlichen Ansprechpartner*innen für die Patient*innen. Diese Rolle wird vielmehr durch „Bezugspfleger*innen“ übernommen. Benötigt ein*e Patient*in einen Arzttermin, ruft er/sie seine/ihre Bezugspfleger*in an bzw. kontaktiert ihn/sie elektronisch. Dabei wird zuerst der Bedarf abklärt und die Terminplanung vorgenommen. Die Pflegekräfte des PVZ sind auch zuständig für die interne Koordination, Teambesprechungen und das Anlegen elektronischer Patient*innenakten. Sie bieten auch selbst offene Sprechstunden an. Die starke Position der Pflegekräfte verdeutlicht, dass in Finnland Pfleger*innen den Ärzt*innen weitgehend gleichgestellt sind.

Der stationäre Bereich des PVZ Savitaitpale beinhaltet fünfzehn Betten zur Akut- und Langzeitversorgung. Dort arbeiten ein*e Ärzt*in und zwei Pflgeteams. Am Wochenende werden auch leichte ambulante Notfälle versorgt. Die Langzeitversorgten in der stationären Abteilung sind stark pflegebedürftig. Sie sind in Zwei- oder Dreibettzimmer untergebracht. Die Mitarbeiter*innen arbeiten gemeinwesenorientiert (siehe Kapitel 3). Sie beobachten die gesundheitliche Lage in der Gemeinde und passen die Versorgung den wechselnden Bedarfslagen an. Die Mitarbeiter*innen leisten auch präventive Arbeit im Rahmen der Gesundheitsförderung und führen Informationsveranstaltungen auch außerhalb des PVZ durch. Darüber hinaus sind sie für die Palliativversorgung zuständig (vgl. Schaeffer et al. 2015:99-103).



Abbildung 16: Warteraum im PVZ Savitaipalee; Quelle: Soumi Olli (2017)

9.1.2 Gesundheitskioske

Im Rahmen der kommunalen Primärversorgung wurden in den letzten Jahren in vielen Orten Finnlands Gesundheitskioske (finnisch *Terveyskioski*) errichtet. Die Gesundheitskioske sind an stark frequentierten Plätzen angesiedelt, an denen sie gut erreichbar sind wie z.B. in Einkaufszentren und in Innenstädten. Außerdem sind sie auch zu Randzeiten und am Wochenende geöffnet. Passant*innen können ähnlich wie in einer Apotheke ohne jede Voranmeldung den Service nutzen. Bei den Mitarbeiter*innen handelt es sich um hochqualifiziertes Pflegepersonal. Das Leistungsspektrum umfasst Gesundheitsberatung, Vornahme von Impfungen, kleinere Gesundheitschecks wie z.B. Blutdruckmessen, Vornahme von Labortests sowie die medizinische Versorgung kleinerer Verletzungen und Gesundheitsprobleme wie z.B. Halsschmerzen. Die Mitarbeiter*innen informieren außerdem über Prävention und Gesundheitsförderung und haben alle sozialen und gesundheitlichen Angebote der jeweiligen Region im Blick. Das Angebot ist bewusst sehr breit aufgefächert, und die Informations- und Vermittlungsfunktion spielt eine zentrale Rolle. In den Gesundheitskiosken erhält man unkompliziert kompetente Erstinformation und wird bei Bedarf an die zuständigen Stellen verwiesen. Alle Gesundheitskioske in Finnland verfügen über ein gemeinsames Grundkonzept und sind durch die einheitliche Benennung klar erkennbar. Trotzdem sind sie den Bedürfnissen der umgebenden Gesellschaft angepasst. Ziel ist es, Gesundheitsdienstleistungen niederschwellig zugänglich zu machen und rasche Hilfe bei kleinen

gesundheitlichen Problemen zu leisten. Es zeigte sich, dass Notfallambulanzen und Gesundheitszentren dadurch entlastet werden und die Hemmschwelle, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, herabgesetzt wird. Auf diese Weise kann die Gesundheitsversorgung mehr Menschen erreichen (vgl. Schaeffer et al. 2015:75-77).

9.1.3 Ein Gesundheitskiosk im ländlichen Raum: Orimattila

Nachfolgend wird ein finnischer Gesundheitskiosk im ländlichen Raum beschrieben: Der Gesundheitskiosk in Orimattila wurde 2012 in der 16.000 Einwohner*innen zählenden Stadt von einer Non-Profit-Organisation eröffnet, die Träger der Primär- und Sozialversorgung von fünf Kommunen in dieser Region ist. Zielgruppe sind die Einwohner*innen der Kleinstadt und der umliegenden Gemeinden, die den Kiosk ohne Voranmeldung aufsuchen können. Der Kiosk ist zentral gelegen und mit öffentlichen Verkehrsmitteln gut erreichbar.

Der Gesundheitskiosk ist in einem ehemaligen Ladenlokal untergebracht und durch eine große Fensterfront gut einsehbar. Es handelt sich um einen offen gehaltenen Raum mit einer kleinen Sitzecke als Wartebereich, einem Schreibtisch und einem Besprechungstisch. Im hinteren Bereich gibt es einen separierten Raum, wo Behandlungen durchgeführt werden können. Die Gespräche finden im offenen Raum statt und Zuhörer*innen werden akzeptiert. Der öffentliche Charakter dient der Verankerung des Themas Gesundheit in der Gesellschaft. Viele ältere Menschen halten sich gerne im Kiosk auf, blättern in Zeitungen und tauschen sich aus. Der Kiosk hat drei Tage in der Woche geöffnet (Montag 9:00 bis 15:00 Uhr, Mittwoch 11:00 bis 17:00 Uhr und Freitag 9:00 bis 15:00 Uhr). Gesundheitsförderung, Prävention und Beratung stehen im Vordergrund. Die vier im Kiosk beschäftigten Pfleger*innen, die abwechselnd tätig sind, wollen die Besucher*innen in die Lage setzen, selbst für eine gesunde Lebensweise aktiv zu werden und ihre Gesundheitskompetenz stärken. Die Besucher*innen haben vielfältige Anliegen, die sich nicht nur auf Gesundheitsfragen beschränken, sondern auch soziale und ökonomische Dimensionen einschließen. Dies ist auch erwünscht und Bestandteil des Konzepts. Die Arbeit im Gesundheitskiosk erfordert eine hohe Kompetenz der Mitarbeiter*innen, werden diese doch mit Ernährungs- und Bewegungsfragen, psychosozialen Belangen, Fragen zum Umgang mit bestehenden Erkrankungen und Gesundheitsangelegenheiten in verschiedenen Altersstufen konfrontiert. Neben dem alltäglichen Beratungs- und Behandlungsangebot finden monatliche Thementage statt, zu denen externe Referent*innen eingeladen werden und diskutiert wird. Dadurch gelingt auch eine gute Vernetzung mit Stakeholdern vor Ort (vgl. ebd.:77-82).

9.1.4 Präventive Hausbesuche bei älteren Menschen

Die finnische Gesundheitspolitik verfolgt das Ziel, die Autonomie älterer Menschen aufrecht zu erhalten und einen Verbleib in den eigenen vier Wänden so lange wie möglich zu gewährleisten (vgl. Hammer et al. 2008: 147, Wahlbeck et al. 2008; zit.n. Schaeffer et al. 2015:207). Dafür ist eine umfassende häusliche Versorgung notwendig, die unter anderem durch präventive Hausbesuche abgedeckt wird. Pfleger*innen oder Sozialarbeiter*innen führen seit einigen Jahren präventive Hausbesuche bei allen Personen über 75 Jahren durch, die keine Dienstleistungen der Gemeinde nutzen und die noch an keine regelmäßigen sozialen und gesundheitlichen Angebote angebunden sind. Diese Besuche finden einmal im Jahr statt, und die Fachkräfte gehen dabei in standardisierter Weise vor. Dazu wurde ein Leitfaden erstellt, der durch das Gespräch führt und folgende Fragen beinhaltet:

- Was ist wichtig in Ihrem Leben?
- Wie sieht Ihr Alltag aus?
- Was macht Sie glücklich?
- Wovor haben Sie Angst?
- Wo möchten Sie leben, wenn es Ihnen aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr möglich ist, zu Hause zu wohnen?
- An welchen Angeboten der Kommune könnten Sie sich vorstellen teilzunehmen?

Außerdem wird mit der Person ein Plan für das nächste Jahr erstellt, der im Folgejahr auch evaluiert wird. Beim Gespräch wird besonders viel Wert auf die Ressourcen der Älteren gelegt. Im Zuge dieses Gesprächs nimmt auch die Kommune die Möglichkeit wahr, ihre Angebote vorzustellen (vgl. Häkkinen 2017b:6). Die präventiven Hausbesuche dienen dazu, ältere Menschen zu einem gesunden Lebensstil zu motivieren und wirken gesundheitsfördernd und präventiv (vgl. ebd.:7) Studien haben gezeigt, dass sich dadurch die physische Funktionsfähigkeit von Menschen über 80 Jahren verbessert hat und weniger Stürze sowie kürzere Krankenhausaufenthalte zu verzeichnen waren. Eine Versorgung im Altenheim fand bei den besuchten Personen durchschnittlich später statt oder konnte sogar vermieden werden. Einen Rückgang der Morbidität oder Mortalität (siehe Kapitel 1.3.1) durch präventive Hausbesuche konnte durch Studien jedoch nicht belegt werden (vgl. Häkkinen 2017b:8).

9.1.5 Fazit

Die aktuellen Entwicklungen im österreichischen Gesundheitssystem orientieren sich unter anderem auch am finnischen Gesundheits- und Sozialsystem. Finnland verfügt über eines der besten und kostengünstigsten Gesundheitssysteme in Europa (vgl.

OECD 2015: 2) und implementierte bereits Mitte des 20. Jahrhunderts flächendeckend PV-Zentren und eine umfassende integrierte Gesundheitsversorgung. Diese ist in Finnland breit angelegt, innovativ und nah am Menschen. Die medizinischen Dienstleistungen erfolgen in erster Linie im ambulanten Bereich durch Pflegekräfte. Der Zugang zur PV ist einfach und niederschwellig, höhere Versorgungsstufen sind streng limitiert. Auf Gesundheitsförderung und Prävention wird viel Wert gelegt, ist dies doch nachhaltiger und kostengünstiger als Therapie und Rehabilitation. Wohlfühlatmosphäre in den Einrichtungen zur PV kommt jedoch selten auf und technische Innovationen stehen an der Tagesordnung. Die Botschaft dahinter ist klar erkennbar: Die Gesundheit eines jeden Menschen liegt in der eigenen Verantwortung.

9.2 London Bromley By Bow

Lisa Stöger

Das *Bromley by Bow Centre* im Osten von London hat es sich zur Aufgabe gemacht, Kreativität, Gesundheit und soziale Aktivitäten der lokalen Bevölkerung zu fördern. Eine weitere Zielsetzung besteht in der Unterstützung von sozial Benachteiligten. Das Zentrum versteht sich als eine dynamische Pionier-Organisation, die international große Anerkennung erfahren hat. Der Fokus liegt auf der Unterstützung von gefährdeten jungen Menschen sowie Jugendlichen, Erwachsenen und Familien, die sozial benachteiligt sind.

9.2.1 Qualitative Umgebungsbeschreibung (geografische Lage, soziodemografische Besonderheiten)

Das Bromley by Bow-Zentrum befindet sich im Londoner *East End*, im Bezirk Newham. Das Zentrum ist durch die U-Bahn öffentlich gut erreichbar. Von der U-Bahn-Station erreicht man das Zentrum zu Fuß in nur wenigen Minuten.

Das Zentrum ist von allen Seiten mit Straßen umgeben und begehbar. Der Osten der Stadt als historisches Arbeiter*innen- und Einwander*innenviertel trägt heute noch die Spuren ökonomischer und sozialer Benachteiligung. Seit den 1950er-Jahren stieg in allen Londoner Vororten der Anteil an Immigrant*innen aus vormals „Britisch Indien“ stark an, besonders jedoch im *East End*. In Newham bildet heute Einwohner*innen mit Wurzeln in Bangladesch die Bevölkerungsmehrheit (vgl. Köck et al 2004:66).

9.2.2 Architektur/bauliche Besonderheiten

Das Bromley by Bow-Zentrum wurde seit 1984 als architektonisch innovatives Projekt unter Integration einer alten Kirche errichtet. Es ist von allen Seiten zugänglich und hat fünf Eingänge. Das Zentrum bildet keine bauliche Einheit, sondern ist ein Areal mit mehreren Gebäuden. Es umfasst ein Gesundheitszentrum, eine Kirche, die Kontaktzone, ein Café, eine Kunstwerkstatt und einen Schuppen für Gartengeräte. Es verfügt über einen großen Park und einen gepflegten Garten. Auch findet man überall Kunstwerke, die von den Nutzer*innen des Zentrums angefertigt worden sind; diese sind teilweise versteckt und teilweise sehr präsent platziert.



Abbildung 17 Kunstwerke Bromley by Bow;
Quelle: eigenes Foto



Abbildung 18: Kunstwerk Bromley by Bow;
Quelle: eigenes Foto

Der Park mit Spielplatz dominiert das Zentrum. Daneben befindet sich ein Garten, den die Nutzer*innen als Zier- oder Nutzgarten gestalten. Gleich neben dem Garten befindet sich ein Schuppen zur Aufbewahrung der zur Gartenpflege benötigten Geräte.



Abbildung 19: Spielplatz Bromley by Bow;
Quelle: eigenes Foto



Abbildung 30: Garten Bromley by Bow;
Quelle: eigenes Foto

Nicht weit vom Schuppen entfernt findet man die Kunstwerkstatt in Glasbauweise. In der Kunstwerkstatt können sich die Besucher*innen kreativ ausleben; hier werden Kurse und Workshops abgehalten. Gegenüber von der Werkstatt gibt es ein kleines Café, das mit

kreativ gestalteten Möbelstücken und Kunstwerken ausgestattet ist. Den Besucher*innen des Cafés steht auch ein frei zugängliches Klavier zur Verfügung.



Abbildung 31: Café Bromley by Bow
Quelle: eigenes Foto



Abbildung 20: Café innen Bromley by Bow
Quelle: eigenes Foto

Durch das Café gelangt man direkt in die Kontaktzone. Hier findet man Ansprechpartner*innen und kostenlose Getränke. Zusätzlich wird die Kontaktzone als Informationspunkt genutzt. An der Wand befindet sich eine Tafel, die alle Aktivitäten des Tages ankündigt. Auch Computer, Telefone etc. stehen zur Nutzung zur Verfügung.



Abbildung 33: Connect Zone Bromley by Bow
Quelle: eigenes Foto



Abbildung 21: Tafel Connect Zone Bromley by Bow
Quelle: eigenes Fotos

Diesen beiden Gebäuden gegenüber ist das Gesundheitszentrum situiert. Dieses hält medizinische und beratende Angebote bereit. Bemerkenswert ist, dass auf dem gesamten Areal kaum Wegweiser oder Türschilder vorhanden sind. Es gibt sie nicht, weil das Bromley by Bow-Zentrum auf persönliche Kontaktaufnahme setzt. Somit soll jede*r Besucher*in Kontakt zu den anwesenden Personen treten.



Abbildung 22: Health Centre Bromley by Bow
Quelle: eigenes Foto



Abbildung 23: Ordination Bromley by Bow
Quelle: eigenes Foto

Die alten Kirchenmauern werden ebenfalls genutzt. In der Kapelle finden immer wieder gemeinsame Aktivitäten und Veranstaltungen statt. Der erhaltene Kirchturm, der von vielen Punkten aus prominent sichtbar ist, bildet den Mittelpunkt des Zentrums. Die Glocke läutet regelmäßig die verschiedenen Tages- und Mahlzeiten ein. Damit wird den Besucher*innen z.B. das Frühstück, das Mittagessen oder die Teezeit angekündigt.



Abbildung 24: Plan Bromley by Bow; Quelle: www.bbc.org.uk

9.2.3 Entstehungshintergrund/-geschichte

Das Bromley by Bow-Zentrum wurde seit 1984 von Andrew Mawson, dem Pastor der Gemeinde, gemeinsam mit der Bevölkerung des Viertels errichtet. Mawson kam ursprünglich als Geistlicher in die alte Kirche, die heute in das Zentrum integriert weiterbesteht. Noch in den 1980-er Jahren fand jeden Sonntag ein Gottesdienst in der Kirche statt, die restliche Zeit wurde sie jedoch kaum genutzt. Mawson war mit dieser Situation unzufrieden; er wollte in seiner Kirchengemeinde etwas verändern und die Kirche für das Viertel nutzbar machen. Es lebten bereits viele Migrant*innen aus Bangladesch in der Nachbarschaft, die offensichtlich hinsichtlich Bildung, Gesundheit und Arbeitswelt benachteiligt wurden und sich in ihrer neuen Umgebung nicht wohl fühlten.

Mawson entschied sich dafür, die Menschen seiner Nachbarschaft näher kennen zu lernen, ohne zu wissen, wie er die Verhältnisse verbessern konnte. Zu Beginn fand er einige Gleichgesinnte, die gemeinsam die Kinder der Nachbarschaft beaufsichtigten, da sie mit der Qualität der Kindergärten und der Kinderbetreuung des Viertels nicht zufrieden waren. Als die Kindergruppe mehr Platz benötigte, wurde Mawson darum gebeten, seine Kirche aufzugeben, um Platz für die Gruppe zu schaffen. Mawson strebte jedoch eine Partnerschaft an, damit die Kirche erhalten bleiben konnte, der Kindergarten jedoch mehr Platz bekam. Dieser Kindergarten befand sich bis vor wenigen Jahren noch in der Kirche des Bromley by Bow-Zentrums.

In das Zentrum wurde ein Café integriert, als Mawson eine Frau kennenlernte, die gern ein Lokal eröffnen wollte. Das Personal, das vom zweiten Arbeitsmarkt bezogen werden konnte, servierte kleine Snacks wie Suppen oder Sandwiches. Darüber hinaus war Mawson mit einigen in der Nachbarschaft lebenden Künstler*innen persönlich bekannt. Auch sie benötigten mehr Raum, um ihrem Beruf nachzugehen. Mawson bot ihnen Räumlichkeiten unter der Bedingung an, dass sie auch kreative und kulturelle Programme für die Öffentlichkeit anbieten. Dies war der Beginn der sozialen und kreativen Kurse und Workshops, die eine wichtige Komponente des Bromley by Bow-Zentrums darstellen.

Andrew Mawson beobachtete außerdem, dass eine Vielzahl von Müttern des Viertels offensichtlich ein Leben in Isolation führten. Es handelte sich häufig um sehr junge Frauen ohne jede Schulbildung und Qualifikation, die keine andere Aufgabe hatten, als ihre Kinder zu betreuen und täglich von der Schule abzuholen. Um diese Frauen zu

unterstützen und ihre Fähigkeiten auszubauen und zu stärken wurde ein Bildungsprogramm für Menschen mit Lernschwierigkeiten und Menschen mit Behinderungen entwickelt.

Das Bromley by Bow-Zentrum wurde nicht von Ärzt*innen oder anderen Expert*innen gegründet, sondern von der Bevölkerung des Viertels selbst. Somit entstand kein traditionelles Gesundheitszentrum, sondern ein Sozialzentrum, auch „Care of the Community“ genannt (vgl. BBC, Entstehung 2018:o.A.).

9.2.4 Schwerpunkt/Ziele

Das Bromley by Bow-Zentrum legt seinen Schwerpunkt auf die Gesundheit und gemeinsame soziale Aktivitäten der lokalen Bevölkerung. Es basiert auf der Idee, dass die Nachbarschaft sich partizipativ an der Gestaltung des Zentrums und seiner Angebote beteiligt. Expert*innen designen, entwickeln und evaluieren gemeinsam und gleichberechtigt mit der Bevölkerung dessen Organisation, sodass der soziale Leitgedanke des Von- und Miteinander-Lernens deutlich wird. Ein weiterer Fokus des Bromley by Bow-Zentrums liegt darauf, dass Menschen Zutrauen in ihre eigenen Fähigkeiten entwickeln und diese mit Unterstützung der Mitarbeiter*innen ausbauen, um diese der Gemeinschaft dann wieder zu Verfügung zu stellen. Es benötigt keinen offensichtlichen Bedarf oder besonderen Grund, um die Angebote des Zentrums in Anspruch zu nehmen. (vgl. BBC, Mission und Modell 2018: o.A.).

9.2.5 Angebot/Professionen

Das Bromley by Bow-Zentrum hält verschiedenste Versorgungs- und Beschäftigungsangebote im Gesundheits- und Sozialbereich bereit. Etwa 150 Mitarbeiter*innen und viele Freiwillige sind teils im Zentrum selbst, teils in den ausgelagerten Außenstellen beschäftigt. Unter den Mitarbeiter*innen befinden sich Allgemeinmediziner*innen, Sozialarbeiter*innen, Therapeut*innen, Pflegekräfte, Lehrer*innen etc. Die Angebote decken eine Vielzahl von Themen und Bedürfnissen der Bevölkerung ab. Das Zentrum bietet u.a. Kurse zum Spracherwerb, Hilfestellungen bei der Nutzung von Computern und Internet sowie Unterstützung in allen sozialen Belangen an. Die Kern-Öffnungszeiten liegen zwischen 08:00 und 19:00 Uhr.

Im Zentrum wird mit der Methode des *Social Prescribing* gearbeitet. Das bedeutet, ein*e Mediziner*in oder Pflegekraft berät die Nutzer*innen und bietet im Bedarfsfall

weiterführende nicht-medizinische Unterstützungsmaßnahmen an, welche die Gesundheit verbessern und einen positiven Wandel bewirken sollen. Die Nutzer*innen setzen sich mit den Mitarbeiter*innen zusammen und sprechen darüber, welche Art von Unterstützung benötigt wird und was ihnen das Zentrum bieten kann (vgl. BBS, Social Prescribing 2018: o.A.). Beispielsweise ist eine mögliche Antwort für eine Person, die sich sozial und gesundheitlich unwohl fühlt, das *Gardening Program*. Dieses wird von Therapeut*innen betreut, die auch Erfahrung im Bereich von Menschen mit Behinderungen haben, jedoch kann jede*r dieses Angebot nutzen. Es dient dazu, das persönliche Wohlbefinden zu steigern und bietet auch die Möglichkeit, sich mit anderen Leuten auszutauschen (vgl. BBC, Gardening Programme 2018: o.A.). Darüber hinaus gibt es Kursangebote, um das Wohlbefinden der Nutzer*innen im Sinn eines erweiterten Gesundheitsbegriffes zu steigern. Diese nennen sich „*Fit for Life*“ und „*Fit for all*“; *Fit for life* ist für Personen konzipiert, welche Unterstützung bei der Gewichtsreduktion benötigen. Ziel ist es, Kontrolle über das eigene Körpergewicht und somit auch Selbstvertrauen zu erlangen (vgl. BBC, Fit for life 2018: o.A.). *Fit for all* spricht Menschen über 50 an und ist ein sportliches Angebot, das ältere Menschen dazu anregen soll, gesund zu leben und mobil zu bleiben. Außerdem wirkt der Kurs der sozialen Isolation entgegen, da die Nutzer*innen sich gemeinsam sportlich betätigen (vgl. BBC, Fit for all 2018: o.A.).

Das Programm „*Social Care*“ umfasst kreative Angebote für erwachsene Menschen mit Lernschwierigkeiten, Menschen mit Behinderungen oder psychischen Erkrankungen. Dabei handelt es sich um Tagesstrukturangebote, welche individuell an die Bedürfnisse und Interessen der Nutzer*innen angepasst werden können (vgl. BBC, Social Care 2018: o.A.). Für die Zielgruppe der Eltern kleiner Kinder wird das Programm „*Healthy Cities*“ angeboten. In dessen Rahmen erhalten Eltern Beratung und Unterstützung bei der Erziehung und Gesundheitsförderung ihrer Kinder. Zum einen werden sie im Hinblick auf einen gesunden Lebensstil der Familie beraten, zum anderen werden sie auch dabei unterstützt, ihre individuellen Fähigkeiten zu erkennen und zu stärken (vgl. BBC, Healthy Cities 2018: o.A.). Das Bromley by Bow-Zentrum hat darüber hinaus einen Kurs mit dem Titel „*English for Health*“ konzipiert; dabei handelt es sich um einen Englisch-Kurs für Erwachsene über 20 mit nicht-englischer Muttersprache. Neben der sprachlichen Kompetenz erwerben die Teilnehmer*innen ein Wissen über Gesundheit und Krankheit, dass sie zur Nutzung der für sie relevanten Public Health-Einrichtungen befähigt. Diese Sprachkurse legen ihren Schwerpunkt entsprechend auf unterschiedliche gesundheitliche Beeinträchtigungen wie z.B. Diabetes, mentale Gesundheit u.a. mehr (vgl. BBC, English for Health 2018: o.A.). Das „*Health Centre*“ des Zentrums bietet im Rahmen einer Praxis mit Allgemeinmediziner*innen auch klassische medizinische

Dienstleistungen an. Neben der Praxisnutzung werden auch Hausbesuche durchgeführt, ebenso Drogenberatung, psychologische Betreuung, Schwangerschaftsbetreuung und die medizinische Versorgung von Kindern (vgl. BBC, Health and wellbeing centre 2018: o.A.). Mit dieser Vielzahl von Angeboten bietet das Bromley by Bow-Zentrum eine umfangreiche soziale und medizinische Versorgung im Sinne des ganzheitlichen Gesundheitsbegriffs.

9.2.6 Finanzierung

Eigentümer*in des *Bromley by Bow Centers* ist die lokale Bevölkerung. Es „gehört“ somit den Patient*innen bzw. Nutzer*innen und wird nicht von einer staatlichen Einrichtung zur Verfügung gestellt. Es handelt sich daher um das Modell der *Community Ownership* (siehe Kapitel 11.9.4).

9.2.7 Fazit

Das Bromley by Bow-Zentrum ist nicht einfach ein Gesundheitszentrum, aber auch kein Sozial- oder Gemeinwesenzentrum. Es verbindet die medizinische und soziale Versorgung unter expliziter Orientierung an einem ganzheitlichen Gesundheitsbegriff. Die vielfältigen medizinischen und sozialen Angebote sollen letztlich alle der Gesundheitsförderung der Nutzer*innen dienen. Bromley by Bow ist ein gelungenes Beispiel für *Social Prescribing* und *Community Ownership*, und es wird Wert daraufgelegt, dass die Nutzer*innen das Zentrum partizipativ mitgestalten: Das Fachpersonal macht keine Vorschriften, sondern die Nutzer*innen können sich in die Gestaltung ihrer eigenen Hilfeplanung individuell einbringen und haben ein explizites Mitspracherecht an der Gestaltung ihrer eigenen Hilfeplanung.

9.3 Poliklinik Veddel – Hamburg (Deutschland)

Magdalena Seidl

Nicht nur in den ländlichen Regionen Österreichs ist das Thema Gesundheitsversorgung präsent. Auch in deutschen Großstädten wie Berlin und Hamburg suchen die Menschen nach neuen Möglichkeiten, eine niederschwellige, lebensweltnahe und für alle Menschen zugängliche Gesundheitsversorgung zu gestalten.

Im Februar 2017 öffnete die Poliklinik im Hamburger Stadtteil Veddel ihre Türen. Die Räume einer ehemaligen Polizeikaserne, welche zuletzt auch als Künstleratelier dienten, wurden umgebaut, aufgestockt und saniert. Heute ist hier Platz für Medizin, Soziales, Kreativität und Gemeinschaft. Die Veddel, wie der Hamburger Stadtteil auch genannt wird, erstreckt sich über eine der drei Elbinseln der Stadt und ist eines der ärmsten Gebiete in Hamburg. Auf 4.852 Bürger*innen – darunter 46 Prozent nicht-deutsch und zu 70 Prozent mit Migrationshintergrund bei einer Beschäftigungsquote von 42,5 Prozent und einer Arbeitslosenquote von 10,2 Prozent – kam bisher eine halbe Allgemeinärzt*innenstelle. Eine Apotheke gibt es hier bereits seit einem Jahr nicht mehr (vgl. Poliklinik 2018:o.A.). „Die Hansestadt weist im aktuellen Armutsbericht die höchste Zuwachsrate der Armutsquote auf, zugleich ist sie die Stadt mit den meisten Millionären.“ (ebd.:o.A.) Die Morbiditätsrate der Menschen auf der Veddel ist laut Morbiditätsatlas Hamburg wesentlich höher als in vergleichbaren Vierteln der Hansestadt (vgl. Morbiditätsatlas Hamburg 2013).

„Seit Generationen leben auf der Elbinsel Einwander*innen verschiedenster Herkunft zusammen und prägen den Stadtteil kulturell, religiös, politisch und sozial. Trotzdem dient die Veddel vor allem den traditionell bürgerlichen Medien immer wieder als Anschauungsmaterial vermeintlich bedrohlicher Parallelgesellschaften, was der Selbstwahrnehmung der Bewohner*innen nicht entspricht. Die Veddel ist gerade auf Grund ihrer räumlichen Abgeschlossenheit, für viele Menschen ein Refugium und ein Ort der Solidarität.“ (Poliklinik 2018:o.A.).

Bereits seit mehreren Jahren beschäftigt sich das 23-köpfige Kollektiv der Poliklinik-Gruppe, bestehend aus Ärzt*innen, medizinischen Fachangestellten, einer Juristin, einer Politikwissenschaftlerin, Gesundheitswissenschaftler*innen, Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, einem Psychologen, einer Linguistin und einem Kommunikationsdesigner mit der Frage, wie eine zeitgemäße sozial determinierte Gesundheitsversorgung aussehen kann. Im Jahr 2015 fand mit einer Sozialraumanalyse und ersten Kontakten zur lokalen Politik ein erster Schritt in Richtung Stadtgesundheitszentrum statt. Nachdem die Kassenärztliche Vereinigung (KVHH) einen zusätzlichen Kassensitz für Mediziner*innen genehmigt hatte, stand der weiteren Konzeption eines derartigen Zentrums nichts mehr im Weg. Den Start stellte ein Zusammenschluss aus einer Allgemeinarztpraxis, einer Sozial- und Gesundheitsberatung sowie verschiedener Präventionsmodule dar. „Mit dem Stadtteil zusammen wollen wir dann das begonnene Projekt organisch zu einem Stadtteilgesundheitszentrum ausbauen.“ (Poliklinik 2018:o.A.). Konzeptionell greifen die Gründer*innen dabei auf verschiedene, internationale Modellprojekte zurück. Mit dem anschließend beschriebenen Gesundheitskollektiv Berlin hat sich ein Schwesterprojekt gebildet, mit dem ebenfalls eng zusammengearbeitet wird. Diese praktischen Erfahrungen bilden gemeinsam mit dem

Primary Health Care-Konzept der WHO (siehe Kapitel 6) sowie der Theorie der sozialen Determinanten von Gesundheit (siehe Kapitel 1.5.2) die Basis des Konzepts.

„Wir werden auf der Hamburger Elbinsel Veddel eine integrierte Versorgungsstruktur aufbauen, die erstens primärmedizinische Versorgung mit Sozial- und Gesundheitsangeboten verbindet, um auf individuelle Erkrankungen und Problemlagen zu reagieren; zweitens ein darüber hinausgehendes Gruppenangebot (Weiterbildung, Empowerment) etablieren und drittens Strukturen der gesellschaftlichen Partizipation im Stadtteil schaffen, die eine unmittelbare Beteiligung an der konkreten Ausgestaltung des Stadtteilgesundheitszentrum ermöglichen und weiterführende Perspektiven für ein selbstbestimmtes und gesundes Leben eröffnen.“ (ebd.:o.A.)

Vier konzeptionelle Säulen sollen das Konstrukt zur Erreichung dieser Ziele bilden:

1. Primärmedizinische Versorgung: Hausärztliche Versorgung, Hausbesuche, geregelte Zuwendungsdauer, transparente Therapieregime, Kooperation mit anderen Gesundheitseinrichtungen, interdisziplinäre Fallbesprechungen, gemeinsame Fortbildungen.
2. Gesundheits- und Sozialberatung: Fragen zum Arbeits-, Wohnrecht, Schuldnerberatung, Plätzen in Kindertagesstätten etc. können hier gestellt werden, Begleitung und Vermittlung zu den jeweiligen Institutionen und Einrichtungen.
3. Prävention: Projekte im Sozialraum zu Themen wie Mobilität, Wohnraum, Arbeitslosigkeit, Stress, Migration und Integration bilden „eine neue Form der Verhältnisprävention im Gesundheitsbereich“ (ebd.:o.A.).
4. Evaluation und Forschung: partizipative Gesundheitsforschung, neue, wissenschaftliche Erkenntnisse über die Zusammenhänge zwischen Lebenssituation und Gesundheit, Kooperation mit wissenschaftlichen Einrichtungen auf regionaler und nationaler Ebene.

Die Finanzierung erfolgt derzeit noch auf Basis eines Regel-Kredits sowie eines Bürgschaftskredits. Im weiteren Verlauf sollen die Gesundheits- und Sozialberatung über Drittmittelanträge „gestemmt“ werden. Weitere Gelder sollen über Spenden und über Fördermitglieder gewonnen werden. Auch nach Sachspenden (Stühle, Beamer, Flipcharts, Zentrifuge etc.) und ideeller Unterstützung (Kontakte, Wissen etc.) wird auf der Internetseite gefahndet.



Abbildung 38: Flyer Poliklinik; Quelle: Care Revolution Netzwerk (2018)

Im Februar 2018 feierte das Stadtteilgesundheitszentrum Veddel das einjährige Bestehen. Besonders die konzeptionelle Ausgestaltung der vier Säulen (primärmedizinische Versorgung, Sozial- und Gesundheitsberatung, Prävention, Evaluation und Forschung) lässt das Zentrum flexibel auf die verschiedenen und häufig multikausalen Problemlagen reagieren, und an weiteren Ideen scheint es den Mitgestalter*innen nicht zu mangeln: Gesundheitscafé, moderierte Stadtteilversammlungen und ein zukünftiges „Poliklinik-Syndikat-Modell“ sind geplant. Dabei handelt es sich um ein Finanzierungsmodell, dem gemäß überschüssiges Geld in die Neufinanzierung weiterer Polikliniken fließen soll. Zudem ist eine Ausbildung zum / zur Verhältnispräventions-Gesundheitsarbeiter*in geplant, welche*r als Übersetzer*in zwischen den vielen Arbeitsbereichen und den Nutzer*innen fungiert (vgl. Poliklinik 2018:o.A.).

9.4 GeKo Berlin

Das Gesundheitskollektiv – kurz GeKo – Berlin plant derzeit ein stadtteilorientiertes Sozial- und Gesundheitszentrum in Berlin-Neukölln. Der Berliner Stadtteil wird häufig als „Problembezirk“ betitelt. Mietsteigerungen, geringes Einkommen, unzulängliche Beschäftigungsverhältnisse, Rassismus und Armut prägen das Bild im Viertel und beeinflussen die gesundheitliche Situation der Bürger*innen (vgl. GeKo Berlin 2018a:o.A.). Diskussionen über die gesundheitliche Versorgung von Menschen ohne Papiere und Krankenversicherung veranlassten Mitglieder des Hamburger „Medibüros“ dazu, das Gesundheitskollektiv zu gründen. Das Hamburger Medibüro ist eine medizinische Vermittlungs- und Beratungsstelle für Flüchtlinge und Migrant*innen. Über 20 Menschen aus Fachbereichen wie der Pflege, der Sozialen Arbeit, der Medizin, den

Gesundheitswissenschaften, der Psychotherapie, Recht und Pädagogik arbeiten interdisziplinär, gleichberechtigt und partizipativ an der Idee, etwas im „Kiez“ (Stadtteil) zu verändern. Im Juni 2017 konnte bereits das Büro auf dem Gelände einer alten Brauerei im Stadtteil Neukölln bezogen werden und die ersten drei hauptamtlichen Mitarbeiter*innen nahmen ihre Arbeit auf (ebd.:o.A.). Ziel ist es, die Auswirkungen sozialer Faktoren (wie z.B. Arbeit, Bildung, Wohnen, Beteiligung) auf die Gesundheit ins Bewusstsein der Menschen, der Gesellschaft und Politik zu rücken. Dieses Ziel soll sich in allen Aktionen des Zentrums widerspiegeln. So sollen die Menschen sowohl in ihrer medizinischen Versorgung als auch in der Organisation sowie der weiteren Entwicklung des Zentrums partizipativ miteinbezogen werden. Im April 2016 fand die Auftaktveranstaltung mit dem Slogan „Recht auf Stadt – Recht auf Gesundheit“ statt, zu der alle Bürger*innen zu Vorträgen, Diskussionen und einer gemeinsamen Planung eingeladen wurden. Anfang 2018 tourt das Kollektiv mit dem GeKo-Mobil, einem alten ausrangierten Feuerwehrauto, und einer Ausstellung zu Armut und Gesundheit durch den Neuköllner Kiez. Kennenlernen, die Vision des Zentrums bekannt machen, Ideen sammeln, Kontakte knüpfen, Austausch, Reflexion usw. stehen dabei im Vordergrund (ebd.:o.A.).



Abbildung 39: GeKo Mobil; Quelle: Gesundheitskollektiv Berlin (2018b)

Die Vernetzung mit anderen sozialen Einrichtungen wie Schulen, Kindergärten, Jugendzentren, Vereinen, Beratungsstellen etc. ist allein schon aus Gründen der Vermeidung von Doppelstrukturen und dem Ziel der Schließung von Versorgungslücken ein wichtiger Faktor. Außerdem ist das Gesundheitskollektiv Teil eines städteübergreifenden Netzwerks, zu dem auch die Poliklinik Hamburg gehört. Die Finanzierung der drei

hauptamtlichen Stellen (75%) wird Anfang des Jahres 2018 von der Robert-Bosch-Stiftung im Rahmen des Programms PORT (Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung) übernommen (ebd.:o.A.).¹⁶

Die Robert-Bosch-Stiftung ist eine große unternehmensverbundene Stiftung mit dem Hauptsitz in Stuttgart, Deutschland.

„Mit dem Programm PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung fördert die Robert-Bosch-Stiftung die (Weiter-) Entwicklung und Einführung von lokalen, inhaltlich umfassenden und exzellenten Gesundheitszentren in Deutschland, die Primär und Langzeitversorgung in einer Region abdecken können.“ (Robert-Bosch-Stiftung 2018:o.A.)

Bundesweit werden seit dem Jahr 2017 fünf Initiativen von der Stiftung gefördert, die derzeit lokale Gesundheitszentren etablieren. „Die Zentren sollen die umfassende Grundversorgung der Bevölkerung in einer Region gewährleisten und eine bessere Versorgung von chronisch kranken Menschen aus einer Hand ermöglichen.“ (Robert-Bosch-Stiftung 2018:o.A.) Nach einer einjährigen Konzeptentwicklungsphase erhielten die Initiativen einen Förderzuschlag für die weitere Umsetzung. „Hierfür stellt die Robert-Bosch-Stiftung 2 Mio. Euro zur Verfügung. Darüber hinaus unterstützt sie mit umfangreichen Begleitaktivitäten.“ (ebd.:o.A.) Bis 5. April 2018 können sich weitere „Pioniere, die für Deutschland innovative, umfassende und exzellente Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung in einer Region umsetzen wollen“ (ebd.) bewerben.

9.5 Gesundheitszentrum GHZ Enns

Patricia Renner

Das Gesundheitszentrum Enns (GHZ Enns) hat im Jänner 2017 seinen Betrieb aufgenommen. Es beinhaltet das erste Primärversorgungszentrum (PVZ) im Sinne des Bundeskonzepts (vgl. BMG 2014) in Oberösterreich. Derzeit wird es als Pilotprojekt für die Dauer von fünf Jahren geführt (vgl. Kiesel / Floimayr 2017).

¹⁶ Das GeKo Berlin befindet sich derzeit im Aufbau, und es lohnt sich, die weitere Entwicklung zu verfolgen. Auf ihrer Website www.geko-berlin.de und auf Facebook informiert das Kollektiv laufend über den derzeitigen Stand der Dinge und verweist auf interessante Vorträge, Publikationen, Demonstrationen und Infoveranstaltungen.

9.5.1 Umgebung

Die Stadt Enns liegt im Bezirk Linz-Land im äußersten Osten von Oberösterreich auf einer Seehöhe von etwa 281 Metern. Sie liegt am Fluss Enns, der die Grenze zu Niederösterreich bildet.

Mit Stichtag 31.10.2016 zählte die Stadt 11.794 Einwohner*innen (vgl. Statistik Austria 2017b). Im Jahr 2015 waren im Durchschnitt 21% der Personen unter 20 Jahre alt, 61% im Alter von 20 bis 64 Jahren und 18% der Bevölkerung war 65 und mehr Jahre alt (vgl. Land-Oberösterreich 2017) (vgl. Tabelle 5).

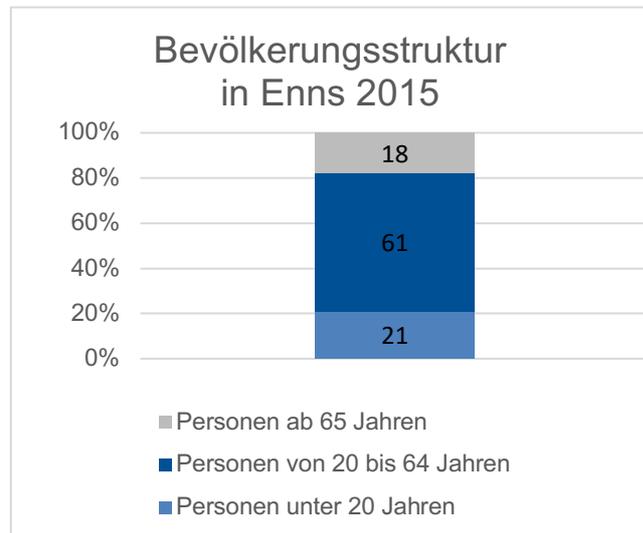


Tabelle 5: Bevölkerungsstruktur Enns 2015, Quelle: eigene Darstellung nach Land-Oberösterreich (2017)

Laut abgestimmter Erwerbsstatistik 2015 waren 9.065 Personen der Ennser Bewohner*innen in Österreich und 2.643 Menschen im Ausland geboren (vgl. Statistik Austria 2017a).

9.5.2 Architektur und bauliche Gegebenheiten

Das GHZ Enns bildet eine zentrale Einrichtung an einem Standort. Alle Mitglieder befinden sich unter einem Dach. Da kein geeignetes bestehendes Gebäude zur Adaptierung zur Verfügung stand, wurde ein Neubau errichtet. Ein heller Holzbau auf drei Ebenen, Keller-, Erd- und Obergeschoß, bildet nun die bauliche Gegebenheit. Die Stadtgemeinde Enns stellte dem GHZ ein Grundstück mit Baurechtsvertrag zur Verfügung und unterstützte den Bau mittels Anschubfinanzierung. Im Jänner 2017 konnte der Betrieb nach neunmonatiger Bauzeit aufgenommen werden (vgl. Kiesl / Floimayr 2017). Vor dem GHZ befindet sich eine Bushaltestelle und der Bahnhof ist zu Fuß erreichbar (vgl. Abbildung 43).



Abbildung 25: Anmeldung PVZ, Quelle: Szabados (2016)



Abbildung 41: Beispiel Behandlungsraum, Quelle: (ebd.)

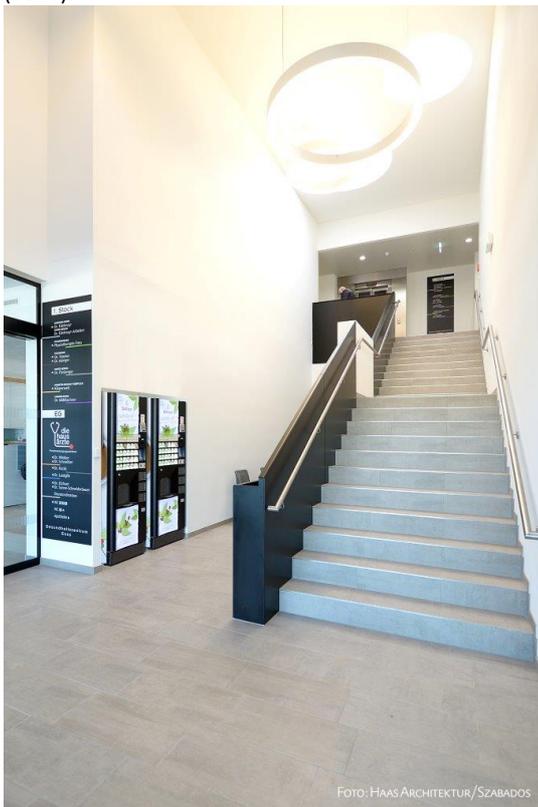


Abbildung 42: Eingangsbereich PVZ, Quelle: (ebd.)



Abbildung 26: Geographische Lage-Verkehrsanbindung
Quelle: Stadtgemeinde Enns (2016:2)

9.5.3 Entstehungshintergrund und -geschichte

Im Zuge der Schließung des lokalen Krankenhauses gründeten die Stadtgemeinde Enns und der Ennser Allgemeinmediziner Dr. Wolfgang Hockl im Jahr 2012, während auf Bundesebene die Gesundheitsreform ausverhandelt wurde, eine Gesundheitsplattform. Die Versorgung in Enns sollte durch ein neues Gesundheitszentrum sichergestellt und Strukturen im niedergelassenen Bereich angepasst werden. Die Plattform erreichte die Installierung einer Arbeitsgruppe unter der Leitung der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK). Ziel war die konzeptionelle Gestaltung eines

idealtypischen Primärversorgungsmodells, gemäß dem internationalen Verständnis von „Primary Health Care“ (siehe Kapitel 6). Dieses Konzept sollte in der Stadt Enns als Pilotregion auf dessen Umsetzbarkeit überprüft werden. In einem partizipativen Prozess mittels Beteiligung von Stakeholdern der OÖGKK, des Landes Oberösterreich, der oberösterreichischen Ärztekammer und Dr. Wolfgang Hockl, konnte unter fachlicher Begleitung von Dr.med. Martin Sprenger von der Universität Graz bis Ende 2013 ein Konzept erarbeitet werden (vgl. Kiesel / Floimayr 2017).

9.5.4 Professionen

Im Erdgeschoss befindet sich das Primärversorgungszentrum PVZ „die hausärzte [sic!]“ (die hausärzte 2017). Die Zusammensetzung des Kernteams besteht aus sechs Allgemeinmediziner*innen, zwei diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, fünf Ordinationsassistentinnen, zwei Physiotherapeuten, einem Sozialarbeiter und einem Primärversorgungsmanager (vgl. Kiesel / Floimayr 2017). Als Zusatzangebot verfügt eine der Allgemeinmediziner*innen über ein Notärzt*innendiplom und eine Chiropraktik-Ausbildung und eine weitere Ärztin bietet zusätzlich zur Allgemeinmedizin Akkupunktur an (vgl. die hausärzte 2017). Das Kernteam des PVZ wird durch weitere Gesundheitsdienstleister*innen auf Teilzeitbasis ergänzt (vgl. Tabelle 6). Unterschiedliche Fachärzt*innen, eine Physiotherapiegruppenpraxis und ein Massageinstitut im ersten Stock erweitern das Angebot des PVZ. Der Facharzt für Augenheilkunde und die beiden Fachärzt*innen für Psychotherapie können auf Kassenvertragsbasis besucht werden, weitere Professionist*innen im ersten Stock stehen auf Wahlbasis zur Verfügung. Eine Apotheke ergänzt das Angebot des Hauses.

Folgende Angebote befinden sich im GHZ Enns:

Primärversorgungszentrum Erdgeschoß „die hausärzte“	Erster Stock
6 Ärzt*innen für Allgemeinmedizin	2 Fachärztinnen für Psychiatrie (Gruppenpraxis, Kassenvertrag)
4 Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerinnen (3 Vollzeit und 1 Teilzeit) (vgl. T 21: 02:40-4)	1 Fachärztin für Innere Medizin und 1 Facharzt für Innere Medizin/Kardiologie
5 Ordinationsassistent*innen	1 Facharzt für Augenheilkunde (Kassenvertrag)
1 Sozialarbeiter	1 Fachärztin für Zahnheilkunde
1 Primärversorgungsmanager	1 Fachärztin für Radiologie
2 Physiotherapeuten	1 Facharzt für Chirurgie
Professionen in Teilzeit:	1 Fachärztin für Neurologie

Psychotherapie	1 Facharzt für Unfallchirurgie und Sporttraumatologie
Diätologie	Institut Körperwelt-Massage, Fußpflege, Kosmetik
Ergotherapie	7 Physiotherapeut*innen mit unterschiedlichen Schwerpunkten in Wahlpraxis
Logopädie	
Apotheke (allgemein zugänglich)	

Tabelle 6: Überblick des Angebots im GHZ Enns; Quelle: eigene Darstellung nach Stadtgemeinde Enns (2017:4-12); die hausärzte (2017)

9.5.5 Zielgruppe

Die allgemeinmedizinische Versorgung der Bevölkerung in Enns soll durch das GHZ sichergestellt werden (vgl. Kiesel / Floimayr 2017). Aufgrund des hohen Zustroms musste laut Aussage des Geschäftsführers in den kommunalen Medien die Versorgung des Teams „die hausärzte“ auf die Gemeindebürger*innen von Enns beschränkt werden (vgl. mein bezirk 2017). Den in etwa 11.800 Einwohner*innen dieser Stadt steht das Team des PVZ montags, dienstags und freitags von 7:00 bis 19:00 Uhr und mittwochs und donnerstags von 7:00 bis 20:00 Uhr zur Verfügung (vgl. die hausärzte 2017). Das weitere Angebot des Hauses, die Fachärzt*innen, das Massageinstitut und die Physiotherapie-wahlpraxis, steht allen Menschen zur Verfügung.

9.5.6 Schwerpunkte, Ziele, Angebote

Die Verbesserung der Patient*innenversorgung in Enns galt bei der Konzeptentwicklung als Ziel. Besonderer Wert wurde auch auf Zugänglichkeit, Leistungsumfang und auf die Verkürzung der Wartezeiten für Nutzer*innen gelegt. Die Arbeits- und Rahmenbedingungen für die Anbieter*innen sollten verbessert werden, und durch einen effizienten Einsatz der Ärzt*innenressourcen die Abdeckung nicht mehr besetzbarer Einzelpraxen erfolgen (vgl. Kiesel / Floimayr 2017). Das GHZ Enns möchte „[d]ie erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen“ (GHZ 2017) darstellen. Zusätzlich zur hausärztlichen Meinung können vor Ort Vertreter*innen anderer Gesundheitsberufe in die Behandlung miteingebunden werden. Die unterschiedlichen Berufsgruppen sollen eine ganzheitliche Sicht auf Gesundheit ermöglichen. Neben dem körperlichen Wohlbefinden finden auch psychische und soziale Komponenten durch intensive Zusammenarbeit im Team Beachtung. Den größten Vorteil dieser Einrichtung sieht der Sozialarbeiter des GHZ, Hermann Eglseider, in der Behandlung auf unterschiedlichen Ebenen. In der Sonderausgabe „Zeitgeist“ erläutert er, dass viele Menschen mit

gesundheitlichen Problemen aufgrund von Schwierigkeiten am Arbeitsplatz, bei Familienproblemen etc. zum*zur Ärzt*in kommen. Er betont, eine reine ärztliche Behandlung könne die Schwierigkeiten der sozialen Komponenten und somit die Ursachen der gesundheitlichen Probleme nicht beheben (vgl. Stadtgemeinde Enns 2017:4-5). Zur Vermeidung von Wartezeiten wurde ein Terminsystem eingeführt und zusätzlich gibt es die Möglichkeit, Rezepte für Dauermedikamente via Mail vorzubestellen (vgl. die hausärzte 2017). Erklärtes Ziel dieser umfassenden Versorgung stellt eine hohe Zufriedenheit der Patient*innen dar. Dieses soll durch effiziente Behandlungsplanung und die Vermeidung von Krankenhausaufenthalten erreicht werden und daraus resultierend, ein kostengünstiges, zukunftsicherndes Gesundheitssystem ermöglichen. Zur Förderung der Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung wird ein Schwerpunkt auf Prävention gelegt (vgl. Stadtgemeinde Enns 2017:4).

Folgende Präventionsangebote finden die Nutzer*innen des PVZ Enns vor:

Gesundheitscafé	Jeden ersten Donnerstag im Monat von 15:00-16:30 Uhr finden kostenlose Workshops und Vorträge in der Unionhalle Enns statt.	Vortrags- und Veranstaltungsreihe als Informations- und Austauschplattform zu gesundheitsbezogenen Themen
Gedächtnistraining	Jeden Donnerstag von 15:00-16:00 Uhr in der Unionhalle Enns.	Die Logopädin und die Ergotherapeutin bieten wöchentlich für alle Menschen ab 60 Gehirnjogging, gegen physischen und kognitiven Abbauprozess an.
Wirbelsäulengymnastik	Findet wöchentlich im Top Gym Enns statt. Derzeit allerdings kein laufender Kurs!	Zur Therapie und Vorsorge gegen Rückenschmerzen.
Diätologie	Termine nach Vereinbarung im GHZ.	Die Diätologie bietet medizinisches Wissen rund um sämtliche Ernährungsfragen.

Tabelle 7: Präventionsangebote PVZ Enns; Quelle: eigene Darstellung nach die hausärzte (2017:Vorsorge)

Das GHZ Enns wurde als Pilotprojekt für die Dauer von fünf Jahren konzipiert und wird daher von laufender Evaluation begleitet. Es wird zeitgerecht eine Entscheidung über eine Übernahme in einen Regelbetrieb erfolgen. Die Einzelverträge der Ärzt*innen für Allgemeinmedizin ruhen derzeit und könnten bei einer Schließung des PVZ sofort fortgesetzt werden (vgl. Kiesel / Floimayr 2017).

9.5.7 Vernetzung

Der Austausch zwischen den Mitarbeiter*innen im PVZ erfolgt durch Gespräche, Besprechungen und ein sehr gut ausgebautes Dokumentationssystem. Sämtliche Berichte und Befunde werden ausführlich schriftlich dokumentiert (vgl. T 21: 06:06-9). Durch die Zusammenarbeit der einzelnen Professionen und den Einstieg in die Versorgungslandschaft des PVZ über die Ärzt*innen für Allgemeinmedizin wird ein besonders niederschwelliger Zugang zu den einzelnen Angeboten für die Nutzer*innen möglich. Beratungs- oder Behandlungstermine können unter dem Deckmantel eines Ärzt*innenbesuches erfolgen. „[...] weil man den Leuten diese Schwelle nimmt, weil zum Hausarzt geht jeder, immer [...]“ (T 21: 23:28-9). In Einzelfällen wird Kontakt mit den Fachärzt*innen im Obergeschoß aufgenommen oder auf ihr Angebot hingewiesen (vgl. T 21: 17:12-8). Die Soziale Arbeit vernetzt sich mit zahlreichen Stellen außerhalb der Einrichtung wie Streetwork, Frauenberatung, Nahtstellenmanagement, Pflegeheim, mobile Dienste, der Gemeinde etc. (vgl. M3 2018).

9.5.8 Finanzierung

Die OÖGKK, die Sozialversicherung und das Land Oberösterreich gewährleisten die Finanzierung der Einrichtung. Einmalige Mittel aus EU-Geldern wurden auf die Zahlungen von Land und Sozialversicherung angerechnet. Die Primärversorgung Enns wird mittels Pauschalhonorierung durch die Sozialversicherung und das Land OÖ abgegolten. Diese jährliche Pauschalsumme dient zur Abdeckung laufender Gesamtkosten und als Einkommensgarantie für die Ärzt*innen des PVZ. Als Basis zählt ihr vorheriges Einkommen vor Steuern, erhöht um fünf Prozent. Laufende jährliche Mehrkosten durch erweitertes Personal und ein vergrößertes Leistungsspektrum im Vergleich zur vertragsärztlichen Versorgung werden zu 35 Prozent vom Land OÖ und zu 65 Prozent von der Sozialversicherung übernommen. Ein Versorgungsmanager (Geschäftsführer) wurde bereits vor Start der Einrichtung für die maximale Dauer von drei Jahren angestellt. Die Kosten werden jeweils zur Hälfte vom Land OÖ und der Sozialversicherung übernommen (vgl. Kiesel / Floimayr 2017). Die Angebote der Fachärzt*innen auf Wahlarztthonorarbasis, der Wahlphysiotherapiepraxis und des Massageinstituts müssen durch die Nutzer*innen finanziert werden.

9.5.9 Fazit

Die Primärversorgung des GHZ Enns wurde nach den Richtlinien des Konzepts „Das Team rund um den Hausarzt“ der Bundes-Zielsteuerungskommission aus dem Jahr 2014 errichtet. Als Antwort auf eine drohende Versorgungslücke entstand auf Initiative von Herrn Dr. Hockl und der Gemeinde Enns letztendlich das GHZ Enns. Dabei wurde das Kernteam in Enns von Beginn an mit den in diesem Konzept bezeichneten erweiterten Gesundheitsberufen Sozialarbeit und Physiotherapie sowie einem Primärversorgungsmanager ergänzt (vgl. BMG 2014:14-15). Besonders positiv erscheint die vorhandene Finanzierungsmöglichkeit weiterer Professionist*innen aus den Bereichen Sozialarbeit, Gesundheits- und Krankenpflege und Physiotherapie im Kernteam des Primärversorgungszentrums. Zusätzlich bietet eine laufende begleitende Evaluation der Einrichtung die Möglichkeit situationsbedingter Anpassung des Konzepts und qualitätssichernde Aspekte. Die gute öffentliche Verkehrsanbindung soll ebenfalls hervorgehoben werden. Architektonisch vermittelt die Institution den Eindruck eines modernen, hellen Gebäudes, das zur Verrichtung medizinischer Versorgungsleistungen höchst geeignet erscheint. Gesundheitsförderliche Belange werden in unterschiedlichen Intervallen regelmäßig angeboten. Die eingemieteten Fachärzt*innen im Obergeschoß bieten ein umfassendes ergänzendes Angebot des PVZ; allerdings soll an dieser Stelle angemerkt werden, dass lediglich zwei der 18 Professionist*innen ihre Leistungen auf Kassenvertragsbasis abrechnen können. Die Zugänglichkeit dieser Versorgungsdienste setzen die finanzielle Leistbarkeit für mögliche Nutzer*innen voraus. Zusätzlich implizieren sie aber auch Barrieren für Menschen, die private, medizinische Versorgungsleistungen nicht bezahlen können. Das GHZ Enns kann als gelungenes Beispiel für eine Primärversorgungseinheit nach den Richtlinien der Bundeszielsteuerungskommission gesehen werden.

9.6 Sozialmedizinisches Zentrum Liebenau

Oliver Auer

Mit dem Sozialmedizinischen Zentrum (SMZ) Liebenau findet sich in Graz seit bald dreieinhalb Jahrzehnten eine Institution, in der man über einen breiten Erfahrungsschatz an integrativer Gesundheitsversorgung und multiprofessioneller Zusammenarbeit verfügt. Die beiden Initiatoren, Dr. Gustav Mittelbach und Dr. Rainer Possert, haben mit dem SMZ eine Einrichtung geschaffen, die klassisch medizinische Dienste mit therapeutischen Angeboten, Beratungsmöglichkeiten, Gesundheitsförderung und

Gemeinwesenarbeit unter einem Dach vereint. Diese kann als Musterbeispiel für professionsübergreifende Zusammenarbeit gesehen werden kann.

9.6.1 Umgebung

Das Sozialmedizinische Zentrum liegt im südöstlichen Grazer Randbezirk Liebenau. Der Stadtteil ist seit der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert von der Fahrzeugindustrie geprägt. Zusätzlich sorgt ein Autobahnzubringer für erhöhtes Verkehrsaufkommen. Der Bezirk hat eine geringe Freizeitqualität (vgl. SMZ Liebenau 2001:7), mit der Eröffnung des Einkaufszentrums Murpark im Jahr 2007 hat sich die Versorgungssituation und die Anbindung an das öffentliche Verkehrsnetz allerdings etwas verbessert. Neben dem SMZ ordinieren fünf weitere Kassenärzt*innen für Allgemeinmedizin im Bezirk (vgl. GÄstK 2017).

Die beiden vom SMZ Liebenau betriebenen Stadtteilzentren liegen in der Liebenauer Siedlung Am Grünanger und im Stadtteil Schönau im Nachbarbezirk Jakomini. Den Kern der Grünanger-Siedlung bilden etwa 50 Häuser in Holzbauweise, die von der Stadt Graz als kostengünstige Gemeindewohnungen vermietet werden. Das Areal, unweit des Graz durchquerenden Flusses Mur, wurde im zweiten Weltkrieg als Lager für Zwangsarbeiter*innen genutzt (vgl. SMZ Liebenau 2015:27).

Der Bezirk Jakomini ist der bevölkerungsreichste und mit mehr als 8.200 Einwohner*innen pro Quadratkilometer einer der am dichtesten besiedelten Grazer Stadtteile, was sich auch in der entsprechend dichten Bebauung ausdrückt. Das so genannte „Schönauviertel“ grenzt im Süden an Liebenau und verfügt über einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Gemeindebauten (SMZ Liebenau 2012:4).

9.6.2 Zielgruppe

Das Angebot des SMZ Liebenau ist in erster Linie an die etwas mehr als 13.000 Bewohner*innen des Grazer Stadtbezirks Liebenau gerichtet. Das SMZ betreut im Rahmen der freien Arztwahl aber auch Patient*innen aus anderen Wohngebieten. Laut dem ersten Grazer Armutsbericht (Paierl / Stoppacher 2010:39) beziehen in Liebenau elf von 1.000 Einwohner*innen Sozialhilfe¹⁷ womit der Stadtteil im innerstädtischen Vergleich im hinteren Mittelfeld rangiert.

¹⁷ Zum Zeitpunkt der Verschriftlichung (Winter 2017/18) „Bedarfsorientierte Mindestsicherung“

Die beiden Stadtteilzentren wurden ebenfalls für die gesamte Wohnbevölkerung der jeweiligen Stadtteile eingerichtet. Sozialarbeiterin Anahita Sharifgerami definiert die Nutzer*innen dieser Einrichtungen als eher sozial benachteiligt, wobei darunter Menschen mit psychischen Problemen, ältere einsame Personen, aber auch Bewohner*innen ohne erkennbare Defizite zu finden wären (AF1 2017:2).

„Alkohol- und Drogenmissbrauch, Arbeitslosigkeit und Verwahrlosung“ (SMZ Liebenau 2015:27) sind in der Siedlung am Grünanger bekannte Probleme. Auch im südlichen Teil des Nachbarbezirks Jakomini leben laut der Einschätzung lokaler Expert*innen „besonders viele Menschen mit gesundheitlichen und sozialen Risiken“, sodass der Stadtteil als „städtisches Problemgebiet“ wahrgenommen wird (SMZ Liebenau 2012:4). Von 1.000 Bewohner*innen beziehen in Jakomini 24 Sozialhilfe, womit der Bezirk den zweithöchsten Wert in Graz aufweist (Paierl / Stoppacher 2010:39).

9.6.3 Schwerpunkte/Ziele

Das Sozialmedizinische Zentrum Liebenau setzte sich bei der Gründung das Ziel, „im benachteiligten Stadtbezirk Graz-Liebenau ein umfassendes medizinisches und psychosoziales Versorgungsangebot zu etablieren“ (SMZ o.A.). Die Mitarbeiter*innen des SMZ sehen sich einer „kritischen Medizin mit natur- und sozialwissenschaftlicher Fundierung“ verpflichtet, die „den einzelnen PatientInnen verantwortlich und verbunden ist und nicht ‚Eminenzen‘ oder der Pharmaindustrie“ (SMZ Liebenau 2015: 93). Es gibt ein klares Bekenntnis zum „solidarischen Versorgungssystem ohne Klassenmedizin“ (ebd.) und zu einer „Position, die sich ständig daran erinnert, dass Gesundheit und Krankheit nicht nur durch medizinische Faktoren erzeugt werden und dass soziale Ungleichheit krank macht“ (ebd.).

Für die Arbeit in der Gesundheitsförderung folgt das SMZ den Grundsätzen, Chancengleichheit in der Gesundheit herzustellen, das Selbstbewusstsein und die Handlungskompetenz der Patient*innen in einem Empowermentprozess zu stärken und Gesundheit als eine Kombination individueller und gesellschaftlicher Umstände wahrzunehmen (vgl. SMZ Liebenau 2015:26).

Die Rolle der Allgemeinmedizin definierte SMZ-Arzt Dr. Gustav Mittelbach im Rahmen eines Vortrags wie folgt:

„Allgemeinmedizin versteht sich auf Zusammenarbeit, indem sie auch in multidisziplinären Teams verankert wird. Sie ist familienorientiert, wendet sich den Menschen im Kontext ihrer familiären Lebensumstände zu – unter Berücksichtigung der Lebens- und Arbeitsbedingungen. Allgemeinmedizin sollte gemeindeorientiert sein, sollte den Kontext der lokalen Gemeinschaft berücksichtigen und versuchen, positive Veränderungen für die Betroffenen zu erreichen.“ (SMZ Liebenau 2015: 11)

Die Arbeit der beiden Außenstellen des SMZ Liebenau folgen außerdem dem „Leitbild Stadtteilarbeit in Graz“ (Stadt Graz 2015) und damit der Vision „allen BewohnerInnen die Teilhabe am Leben in der Stadt zu ermöglichen, dieses von den BewohnerInnen mitgestalten zu lassen und so einen Beitrag zum sozialen Frieden in der Stadt zu leisten“ (ebd.:3). Als Ziele der Stadtteilarbeit definiert die Stadt Graz, dass sich Menschen „in ihrer Nachbarschaft wohlfühlen“, dass diese „bedarfsgerechte Unterstützung“ finden und sich selbst an der „Verbesserung der Lebenswelt Stadt“ beteiligen (ebd.). Damit sind die Stadtteilzentren „Verantwortungsträger für umfassende Vernetzungs- und Beteiligungsprozesse in ihren Zuständigkeitsbereichen, um mit den Menschen nachhaltige Verbesserungen ihrer Lebenssituation zu erreichen“ (ebd.:6).

9.6.4 Entstehungsgeschichte

Die Initiatoren des SMZ Liebenau, Dr. Gustav Mittelbach und Dr. Rainer Possert, hoben ihre erweiterte Gruppenpraxis bereits im Jahr 1984 aus der Taufe. Damals wurde in der Liebenauer Hauptstraße 104 mit einem dritten Arzt, Dr. Diego Fritsch (†), eine gemeinsame Ordination für Allgemeinmedizin eröffnet, die eine „demokratische Zusammenarbeit auch mit anderen ‚GesundheitsarbeiterInnen‘“ (SMZ Liebenau 2015:8) etablieren und „einen Gegenentwurf zum streng hierarchischen und patientenfernen Medizinbetrieb der 70er Jahre“ (Possert-Lachnit 2005:1) darstellen sollte. Neben den drei Praktischen Ärzten wurde mit einer Physiotherapeutin, Psychologi*nnen, Sozialarbeiter*innen und Jurist*innen im Team interdisziplinär kooperiert. Um dies zu ermöglichen, gründeten die Mediziner als Ergänzung zu den kassenärztlichen Verträgen den „Verein für praktische Sozialmedizin“. Praxis und Beratungsstelle verschmolzen zu einem Zentrum integrativer Gesundheitsversorgung. (vgl. SMZ Liebenau 2015:6–11)

Zusätzlich zur individuellen Arbeit mit Patient*innen legten die Mitarbeiter*innen des SMZ Liebenau von Anfang an großen Wert auf gesundheitspolitisches Engagement. Hierfür wurde und wird auch sozialwissenschaftlich gearbeitet, um Studien (SMZ Liebenau 2001 u.a.) zu den Lebensbedingungen und dem Gesundheitszustand der lokalen Bevölkerung zu erstellen.

Zu Beginn der 1990er-Jahre wurde das Leistungsangebot des SMZ Liebenau um die Services der Hauskrankenpflege sowie der Alten- und Heimhilfe erweitert, bis sich das SMZ nach 20 Jahren aufgrund struktureller Veränderungen im Pflegesektor wieder aus diesem Segment zurückzog (SMZ Liebenau 2015:22, 34, 54). Ab 1995 engagiert sich das multiprofessionelle Team um Dr. Possert und Dr. Mittelbach verstärkt im Bereich der Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa-Charta (WHO 1986) (vgl. SMZ Liebenau 2015:26).

In diesem Zeitraum wird auch die Arbeit in der strukturell besonders benachteiligten Siedlung Am Grünanger intensiviert (vgl. SMZ Liebenau 2015:27–28). Im Jahr 2009 wird das Stadtteilzentrum Grünanger als erste Außenstelle eröffnet. Mit dem Bekenntnis der Stadt Graz zur Stadtteilarbeit (vgl. Stadt Graz 2015) wird der Weg für den dritten Standort, das Stadtteilzentrum Jakomini, geebnet, das den Bezirksbewohner*innen seit Mai 2016 offensteht.

9.6.5 Leistungsangebot

Den Kern des SMZ Liebenau bilden zwei bzw. drei Allgemeinmediziner*innen,¹⁸ die von zwei Ordinationsassistentinnen unterstützt werden. Neben klassischen allgemeinmedizinischen Diagnose- und Behandlungsmethoden werden auch naturheilkundliche Arzneimittel verordnet, psychosomatische Erkrankungen therapiert, psychotherapeutische, arbeits-, umwelt- und sportmedizinische sowie Sexual- und Suchtberatungen angeboten, Substitutionspatient*innen begleitet und Akupunkturtechniken angewandt. Die Ärzte bieten auch eine Zusammenarbeit mit anderen Fachkräften an, wenn dies im Sinne der Patient*innen ist (SMZ o.A.).

Das ärztliche Kernteam wird von einem interprofessionellen Team ergänzt. Dieses umschließt eine Sozialarbeiterin, eine systemische Familientherapeutin, drei Mitarbeiterinnen für Gesundheitsförderung, Gemeinwesen- und Stadtteilarbeit, einen Musikarbeiter¹⁹, eine Hebamme und einen geschäftsführenden Obmann, der als Jurist und Mediator den Betrieb verantwortet. Ein großer Teil dieser Angebote ist unter dem Namen „Familienberatung Süd“ zusammengefasst. Physiotherapie konnte zum Zeitpunkt der Recherche (Herbst 2017) nicht angeboten werden. Als langjähriger

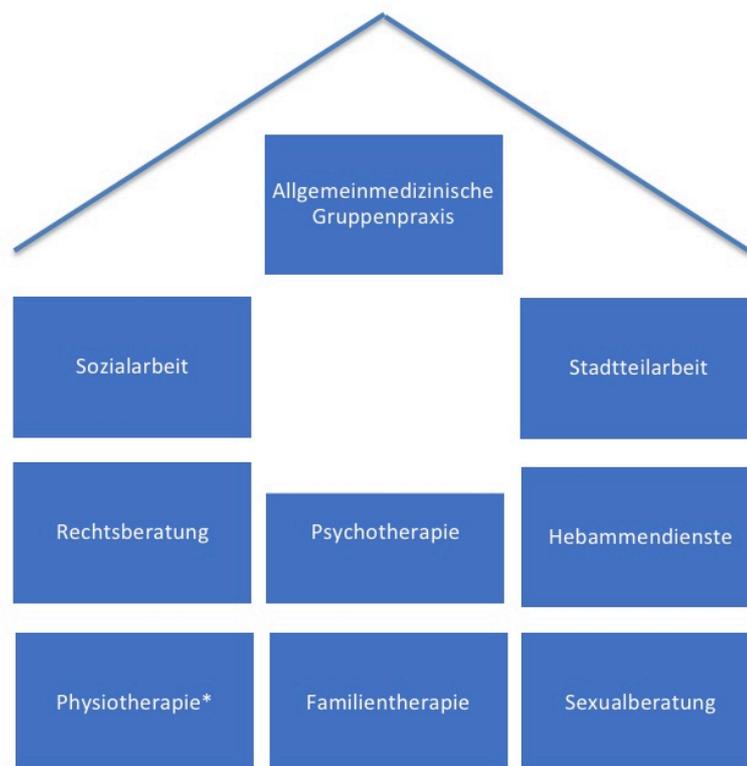
¹⁸ Zum Zeitpunkt der Besichtigung ordinierte nur Dr. Mittelbach mit Kassenvertrag, Dr. Possert trat bereits in den Ruhestand und hält nur noch Sprechstunden als Wahlarzt. Eine Turnusstelle befand sich gerade in der Ausschreibung.

¹⁹ Der „Musikarbeiter“ verfügt über eine akademische Ausbildung am Instrument und koordiniert die Musikprojekte der Einrichtung. Es handelt sich hierbei jedoch um keinen Therapeuten.

Fixbestandteil des Zentrums soll sie in Zukunft jedoch wieder ins Programm aufgenommen werden.

Sollte die strukturelle Umstellung auf das Modell Primärversorgungszentrum gelingen (siehe Kapitel 6), würde Sozialarbeiterin Anahita Sharifgerami eine Erweiterung des Teams um eine Gesundheits- und Krankenpflegefachkraft und die Möglichkeit einer mobilen sozialpsychiatrischen Betreuung begrüßen. Eine Neuauflage des Sozialen Besuchsdienstes für Senior*innen, wie er in der Vergangenheit in Kooperation mit der Schule für Sozialbetreuungsberufe angeboten wurde, wäre für Sharifgerami ebenso erstrebenswert (vgl. AF1 2017:40).

Um die Öffentlichkeit über die umfangreichen Tätigkeiten des SMZ Liebenau auf dem Laufenden zu halten, gibt der Verein die halbjährlich erscheinende Zeitschrift „SMZ-Info“ (SMZ Liebenau o.A.) heraus.



*wurde zur Zeit der Recherche nicht angeboten

**wird vom SMZ Liebenau als gemeinsames Arbeitsfeld wahrgenommen

Abbildung 27: Schematische Darstellung Leistungsangebot SMZ Liebenau; Quelle: eigene Darstellung nach SMZ (o.A.)

Die Rolle der Sozialen Arbeit

Die Soziale Arbeit übernimmt im SMZ Liebenau ein breites Spektrum an Tätigkeiten. Zu ihren Aufgaben zählen Beratung und Begleitung von ärztlichen Patient*innen, insbesondere Hilfestellungen beim Ausfüllen von Anträgen und Formularen und bei der Organisation mobiler Pflege- oder sozialpsychiatrischer Betreuungsdienste. Die Sozialarbeiterin leistet Krisenintervention, führt psychosoziale Gespräche wie z.B. Erstgespräche mit Suchtpatient*innen, unterstützt bei der Schuldenregulierung und bei Wohnproblemen, leistet Familienberatung, ist beim Auf- und Ausbau sozialer Kontakte behilflich, hält offene Sozialsprechstunden und verrichtet Vernetzungs- und Aktivierungsarbeit (vgl. Redelsteiner 2017:14-15).

Besonders in den beiden Stadtteilzentren werden im Sinne der Gemeinwesenarbeit (siehe Kapitel 3) unterschiedlichste Möglichkeiten zum Herstellen und Stärken sozialer Kontakte und zur persönlichen Aktivierung angeboten. Die Palette reicht vom regelmäßigem Brunch und Mittagstisch über Gemeinschaftsgärten und Musikprojekte hin zu einer Kreativwerkstatt und kostenlosen Computerstunden. Zusätzlich betreuen die Sozial- und Stadtteilarbeiterinnen im Auftrag der Stadt Graz sozial besonders benachteiligte Siedlungen vor Ort (vgl. AF1 2017:31, F1 2017, F2 2017). Die Grenzen zu Aktivitäten der Gesundheitsförderung sind dabei fließend, weshalb die beiden Arbeitsbereiche vom SMZ-Team als gemeinsames Handlungsfeld wahrgenommen werden (vgl. SMZ o.A.).

Angebote der Gesundheitsförderung

Dennoch sind einige Aktivitäten recht eindeutig der Gesundheitsförderung zuzuordnen. Diese umfassen Lauf- und Walking-Gruppen, die unter der aktiven Beteiligung von Ärzten und Therapeut*innen der Einrichtung stattfinden, Gesundheitssprechstunden, in denen z.B. für den Laien unverständliche Arztbefunde erklärt werden, Nikotinentwöhnungsprogramme, Schulkooperationen zu unterschiedlichen Themen und Vernetzungsarbeit, die im folgenden Abschnitt behandelt wird (vgl. AF1 2017:48; SMZ Liebenau 2015:31,62).

9.6.6 Vernetzung

„Gesundheit kann nicht von oben verordnet werden! Daher brauchen wir Netzwerke und MultiplikatorInnen“ Dr. Gustav Mittelbach (zit.n. SMZ Liebenau 2015:39), Arzt und Mitbegründer SMZ Liebenau

Netzwerkarbeit wird im SMZ Liebenau sehr ernst genommen. Die Mitarbeiter*innen des Sozialmedizinische Zentrums sind bemüht, auf allen Ebenen Netzwerke herzustellen und zu pflegen. Im Folgenden wird zwischen der Vernetzung der unterschiedlichen Berufsgruppen innerhalb der Einrichtung (intern) und der Vernetzung zwischen Institutionen, Dienstleister*innen und Bürger*innen in verschiedenen Kombinationen (extern) unterschieden.

Die folgende Grafik veranschaulicht am Beispiel des Gesundheitsförderungsprojektes „sta.ges – Stadtteilgesundheit für Alle!“ (SMZ Liebenau 2011), die breite Palette an Stakeholdern, mit denen das SMZ Liebenau kooperiert.

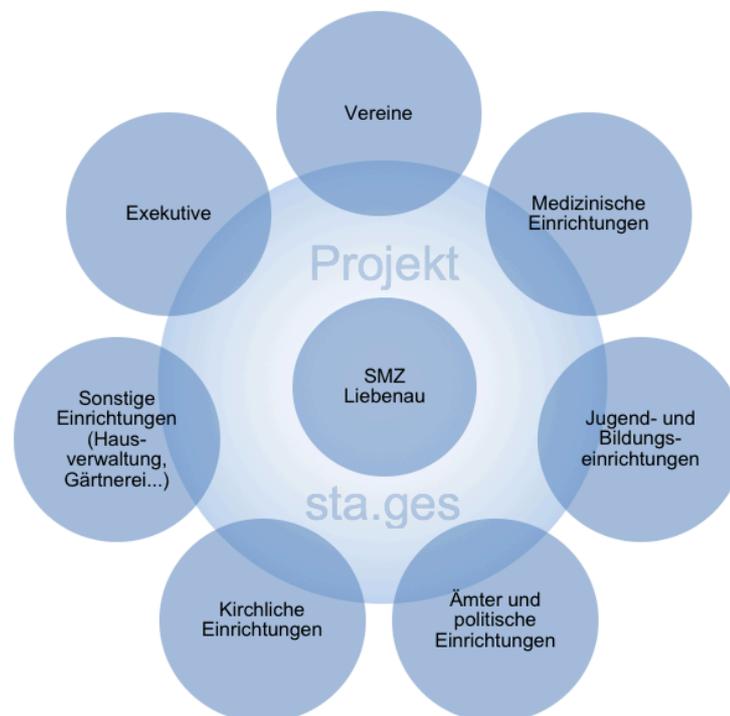


Abbildung 45: Schematische Darstellung involvierte Stakeholder-Gruppen Projekt „sta.ges“; Quelle: eigene Darstellung nach SMZ Liebenau (2012:29)

Externe Vernetzung

„Ein großer Teil der Gesundheitsförderungsarbeit basiert auf Vernetzungen im Stadtteil: Gesundheitskonferenzen²⁰, sozialmedizinische Veranstaltungen und Gesundheitsplattformen im SMZ bringen verschiedene Akteure an einen Tisch, die sich alle im weitesten Sinne mit Gesundheit beschäftigen. Stadt- und BezirkspolitikerInnen, Bürgerinitiativen, Vertreter konfessioneller Einrichtungen, Vertreter von Ämtern der Stadt Graz, Vertreter medizinischer Berufsgruppen und interessierte BürgerInnen treffen sich, um gemeinsam

²⁰ Im Jahr 1998 diskutierten rund 50 Schlüsselpersonen auf Einladung des SMZ Liebenau bei der „Gesundheitskonferenz Liebenau“ die gesundheitliche Situation des Bezirkes. 2013 wurde vom SMZ eine ähnliche Veranstaltung für den Bezirk Jakomini organisiert (vgl. SMZ Liebenau o.A.).

Misstände aufzuzeigen und gesundheitspolitische Aktivitäten zu planen.“ (SMZ Liebenau 2012:4)

Seit zwei Jahrzehnten koordiniert das SMZ die „Gesundheitsplattform Liebenau“, eine Initiative aktiver Bürger*innen, die für den Bezirk relevante Informationen rund um das Thema Gesundheit weitergibt und Lösungsstrategien für lokale Probleme erarbeitet (vgl. SMZ Liebenau 2015:39; SMZ o.A.). Das SMZ übernimmt hier eine prozessmoderierende Rolle und unterstützt wissenschaftlich sowie in der Öffentlichkeitsarbeit (vgl. SMZ o.A.). Eine ähnliche Plattform zur Vernetzung von Bürger*innen und Institutionen wurde im Bezirk Jakomini gegründet (vgl. AF1 2017:16).

Zur Förderung des Austausches unter Professionalist*innen werden vom Sozialmedizinischen Zentrum in unregelmäßigen Abständen Tagungen und Symposien zum Themenfeld Gesundheit organisiert (vgl. SMZ Liebenau 2015:34, SMZ o.A.).

Um älteren Menschen einen kompakten Überblick über konkrete Angebote für ihre Altersgruppe zu schaffen, wurde vom SMZ der **Seniorenverbund Liebenau** als überparteiliche, überkonfessionelle und institutionenübergreifende Vereinigung ins Leben gerufen. Der Verbund veröffentlicht regelmäßig über das SMZ Bezirksprogrammfolder mit den gesammelten Aktivitäten für Senior*innen (vgl. SMZ Liebenau 2015:51). Mit der **Seniorenplattform Liebenau** wurde für diese Zielgruppe eine Möglichkeit geschaffen, Themen aus den Bereichen Gesundheit und Soziales untereinander und mit Fachleuten zu diskutieren sowie selbst Netzwerke zu knüpfen (vgl. SMZ Liebenau o.A.).

In den Schwerpunktgebieten der Stadtteilarbeit initiiert das SMZ periodisch Stakeholder-Roundtables, um Probleme, Bedürfnisse und Lösungsmöglichkeiten aller involvierten Parteien zu eruieren (vgl. AF1 2017:8). Um die Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsförderungs- und Sozialarbeitsangeboten der Stadtteilzentren und den lokal niedergelassenen Allgemeinmediziner*innen zu verbessern, führten die Mitarbeiter*innen mit den Ärzt*innen persönliche Vernetzungsgespräche (vgl. AF1 2017:20).

Die Zusammenarbeit der Grazer Stadtteilzentren untereinander sieht strukturell einen koordinierten Austausch unter den insgesamt neun Einrichtungen vor, den das Grazer Friedensbüro arrangiert (vgl. AF1 2017:33).

Format	Netzwerkpartner
Gesundheitskonferenz	Professionelle, aktive Bürger*innen ²¹
Gesundheitsplattform	Nutzer*innen, aktive Bürger*innen, Professionelle
Seniorenplattform	Nutzer*innen, aktive Bürger*innen, Professionelle
Seniorenverbund	aktive Bürger*innen, Professionelle
Stakeholder-Roundtables	Professionelle
Tagungen/Symposien	Professionelle
Vernetzungsgespräche	Professionelle

Tabelle 8: Formate zur externen Vernetzung im SMZ Liebenau; Quelle: eigene Darstellung.

Interne Vernetzung

Die Pflege des internen multiprofessionellen Netzwerkes wird durch wöchentliche Teamsitzungen gewährleistet, bei denen Vertreter*innen der verschiedenen im Zentrum vertretenen Berufe mit den Ärzten Organisatorisches, aber auch einzelne Fälle besprechen, wenn dies als zielführend erscheint (vgl. AF1 2017:35).

Die Kommunikation zwischen medizinischem und sozialarbeiterischem Personal erfolgt aber auch im Regelbetrieb. Wenn der Arzt Bedarf an einer sozialen Hilfestellung erkennt oder vermutet, zieht er die Sozialarbeiterin hinzu, deren Bürozeiten sich in der Regel bewusst mit den Ordinationszeiten decken (ebd.:26).

Eine gemeinsame **Patient*innendatenbank** von Ärzten und Sozialer Arbeit wurde zum Zeitpunkt der Recherche aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht geführt. Eine Ausnahme stellen die Suchtpatient*innen dar, in deren Fallführung die Sozialarbeiterin ab dem Erstgespräch eingebunden ist. Diese Daten können von medizinischem und sozialarbeiterischem Personal eingesehen werden, nicht aber von Dritten wie z.B. dem Musikarbeiter. Sollte die angestrebte formelle Umstellung des SMZ-Betriebes auf die Form eines Ambulatoriums und in weiterer Folge auf eine Primärversorgungseinheit gelingen (siehe Kapitel 6.9), wird an eine den Umständen entsprechende Anpassung des Datenmanagements gedacht.

²¹ Unter „Aktiven Bürger*innen“ werden in diesem Zusammenhang Vertreter*innen von Vereinen, Initiativen o.Ä. verstanden.

9.6.7 Architektur/bauliche Besonderheiten

Die derzeitigen Räumlichkeiten des SMZ Liebenau wurden im Jahr 2013, in der Liebenauer Hauptstraße 141, unweit des ursprünglichen Standortes, bezogen. Der Neubau wurde unter der Mitgestaltung des Sozialmedizinischen Zentrums geplant. Das Gebäude wurde schließlich von einem privaten Immobilieninvestor errichtet, der nun an *pro mente Steiermark* vermietet, einen Verein, der Menschen mit psychischen Erkrankungen oder psychosozialen Problemen unterstützt. Zwischen *pro mente* als Hauptmieter und dem SMZ Liebenau besteht ein Untermietvertrag für die genutzte Etage. Ursprünglich gab es Bestrebungen der beiden Organisationen, für dieses Objekt ein gemeinsames Gesundheitszentrum zu konzipieren. Letztendlich beließ man die Kooperation aber wegen unterschiedlicher Vorstellungen auf der Ebene der gemeinsamen Infrastrukturnutzung (vgl. G1 2017:22).

Dennoch entsteht durch die beiden Einrichtungen unter einem Dach ein gewisser Mehrwert für die Nutzer*innen. So betreibt *pro mente* im Erdgeschoss im Rahmen eines Tagesstrukturprojektes ein öffentlich zugängliches Bistro einschließlich Catering-Service und einen Veranstaltungsraum. In den obersten beiden Stockwerken sind weitere Tagesstruktur-, Beratungs- und Therapieangebote sowie die Büroräume des Trägervereins angesiedelt. Vor dem Gebäude steht Mitarbeiter*innen und Nutzer*innen beider Einrichtungen ein großzügiger Parkplatz mitsamt Fahrradständern zur Verfügung.



Abbildung 46 und 47: SMZ Liebenau: Frontansicht (links); Wartezimmer mit Geschäftsführer Dr. Wolfgang Sellitsch (rechts); Quelle: eigene Aufnahme 2017.

In die Räumlichkeiten des eigentlichen **SMZ Liebenau** im ersten Stock des Gebäudes gelangt man über ein gemeinsames Foyer und ein Stiegenhaus. Durch die Etagentüre betritt man quasi direkt ein großzügiges, helles Wartezimmer, in dem der von den

Assistentinnen besetzte Ordinationsschalter, Pinnwände mit aktuellen Veranstaltungshinweisen des SMZ sowie Aufsteller für die internen Programmflyer zu finden sind. Über einen Flur erreicht man linkerhand die Ordinations- und Behandlungsräume. Rechterhand befinden sich ein Beratungsraum sowie ein Gemeinschaftsbüro, in dem sowohl die SMZ-Geschäftsführung als auch die Mitarbeiter*innen der sozialen Dienste ihre PC-Arbeitsplätze finden. In einem dritten Büro im Trakt wird *pro move*, das pro mente-Sportangebot für Menschen mit psychischen Problemen, koordiniert.

9.6.8 Die Außenstellen Jakomini und Am Grünanger

Die beiden Außenstellen des SMZ Liebenau wurden im Gegensatz zum Hauptstandort in bestehende Immobilien integriert. Die Stadtteilzentren werden in erster Linie von den sozialen Diensten betreut, bieten aber auch Platz für Angebote der Gesundheitsförderung.

Sozialmedizinisches und Stadtteilzentrum Jakomini

Das Stadtteilzentrum Jakomini ist ebenerdig in einer Altbauimmobilie untergebracht. Das ehemalige Gewerbelokal in der Conrad-von-Hötzendorf-Straße 55 liegt an einer belebten Kreuzung im nördlich an Liebenau grenzenden Bezirk Jakomini. Das Herz des Zentrums bildet ein großer Raum, der von zivilgesellschaftlichen Initiativen genauso in Anspruch genommen wird wie für Sitzungen des Bezirksrats und anderer gemeindenaher Netzwerke. Hier werden auch Veranstaltungen, wie Vorträge, Kreativworkshops oder das wöchentliche vom SMZ initiierte Bandcafé²² ausgerichtet. Die Wände dienen lokalen Künstlern*innen als Galerie. An den Raum grenzt eine halboffene Gemeinschaftsküche, die den Nutzer*innen des Zentrums zur Verfügung steht. Im hinteren Teil des Objekts sind ein Büro und ein Besprechungszimmer zu finden, in denen sozialarbeiterische Beratungsgespräche geführt werden. Durch die straßenseitige Lage im Erdgeschoss können die Eingangstüre und ein Teil der Fenster als Werbefläche für kommende Aktivitäten genutzt werden. Im ehemaligen Gastgarten neben dem Haupteingang wurde eine Rampe errichtet, um den barrierefreien Zugang zum Gebäude zu gewährleisten. Der verbleibende Außenbereich wird in kleinem Rahmen auch zur gemeinschaftlichen Gartenarbeit genutzt. Etwa 15 Gehminuten vom Stadtteilzentrum Jakomini entfernt

²² Mit dem Bandcafé bietet das Stadtteilzentrum einen wöchentlichen, für alle Interessierten offenen Musikabend an, bei dem die wichtigsten Instrumente zum gemeinsamen Musizieren bereitgestellt werden. Die Koordination erfolgt über den von der Einrichtung beschäftigten professionellen „Musikarbeiter“ (siehe Fußnote 19)

wurde vom SMZ eine zusätzliche Grünfläche gepachtet, die ebenfalls als Gemeinschaftsgarten genutzt wird.



Abbildungen 28 und 29: Stadtteilzentrum Jakomini: Frontansicht (links); Multifunktionsraum (rechts);
Quelle: eigene Aufnahmen 2017.

SMZ Außenstelle und Stadtteilzentrum am Grünanger

Das Stadtteilzentrum Grünanger befindet sich in einem vom Grazer Amt für Jugend und Familie verwalteten Altbau. Mit der Adresse Andersengasse 32–34 liegt dieser in Mitten der strukturell benachteiligten Liebenauer Siedlung Am Grünanger. Das SMZ nutzt diese Räumlichkeiten für zweieinhalb Wochentage in Untermiete vom *Integrativen Netzwerk für Pädagogik und Toleranz* (INPUT), das an diesem Standort Lernhilfe anbietet. Das Mietobjekt besteht aus einem Aufenthaltsraum, der durch eine Glaswand von einer etwas größeren Wohnküche getrennt ist. Eigene Büro- oder Beratungsräume stehen den SMZ-Mitarbeiter*innen hier nicht zur Verfügung. Auch am Grünanger wurden ergänzend zwei angrenzende Grünflächen angemietet, die als Gemeinschaftsgärten genutzt werden. Das Angebot des Stadtteilzentrums ähnelt dem der Schwester Einrichtung in Jakomini. Bis zum Ende des Jahres 2017 war im selben Gebäude auch ein Jugendzentrum der *WIKI Kinderbetreuung* untergebracht. Die Zukunft dieses Standorts ist ungewiss, da dem Siedlungsareal in den kommenden Jahren eine radikale Neugestaltung bevorsteht (vgl. TE1 2017).

9.6.9 Rechtsform und Finanzierung

Zum Zeitpunkt der Besichtigung wurde der medizinische Bereich des SMZ als Praxismgemeinschaft mit Kassenvertrag geführt, während die sozialen Dienste über den hauseigenen „Verein für praktische Sozialmedizin“ durch einen Subventionierungsmix aus Fördertöpfen von Stadt, Land und Bund finanziert wurden. Da dieses Modell einen

hohen Verwaltungsaufwand mit sich bringt – jede Arbeitsstunde muss einem konkreten Projekt zugeordnet und Förderungen müssen jährlich neu beantragt werden – verfolgen die Betreiber das Ziel, die Einrichtung in eine Primärversorgungseinheit umzuwandeln. Zu diesem Zweck soll die Praxisgemeinschaft zukünftig als Ambulatorium geführt und dieses wiederum von einer GmbH. betrieben werden. Das Verfahren lief zum Zeitpunkt des Interviews. Ein positiver Abschluss wird für das Jahres 2018 erhofft (vgl. G1 2017:39).

Für die Zeit der Betriebsaufnahme des SMZ in den 1980er-Jahren beschreibt die Zentrumsleitung das Finanzierungsmodell wie folgt:

„Die Praxisgemeinschaft bezieht ihr Einkommen zu 90% aus kassenärztlicher Tätigkeit. Alle Einkünfte der Ärzte werden auf ein gemeinsames Konto überwiesen. Die individuellen Auszahlungen errechnen sich nach einem Zeit- und Umsatzschlüssel. Davon werden je ein Drittel der gesamten Betriebskosten der gemieteten Räumlichkeiten abgezogen. Assistentinnen, Physiotherapeutin, medizinische Fachkraft und medizinisch technische Assistentin werden deutlich über dem Kollektivlohn bezahlt oder über die Arbeitsmarktverwaltung finanziert. Der Verein für praktische Sozialmedizin und die Beratungsstelle erhalten zweckgebundene Subventionsgelder vom Familienministerium, eine einmalige Subvention der Stadt Graz und personelle Förderung über die Arbeitsmarktverwaltung“ (SMZ Liebenau 2015:10).

Auch wenn sich dieses Finanzierungskonzept mit der Betriebsstruktur über die Jahre etwas verändert hat, blieb es im Kern erhalten. Die Ausführung zeigt, dass es oft nicht der einfachste Weg ist, der zum Erfolg führt, aber mit Mut zum Querdenken und dem entsprechenden Engagement auch Projekte, die auf den ersten Blick unfinanzierbar erscheinen, langfristig umsetzbar sein können.

9.6.10 Fazit

Die Arbeit des SMZ Liebenau kann als exemplarisch für ein gelungenes Gemeinwesenzentrum mit integrierter medizinischer Versorgung gesehen werden. Einzelne Aspekte der Umsetzung und Finanzierung sind jedoch sehr lokalspezifisch und bedürfen einer Anpassung an die jeweilige Projektumwelt. So ist auch die Verteilung des Leistungsangebotes auf drei Standorte den lokalen Anforderungen geschuldet und darf nicht als Grundvoraussetzung für ein derart breites Angebotsspektrum gesehen werden.

Das SMZ Liebenau führt mit mehr als 30 Jahren Praxiserfahrung vor Augen, dass integrierte Gesundheitsversorgung, die auf einer engen Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen fußt und die soziale Komponente von Gesundheit berücksichtigt, nachhaltig erfolgreich betrieben werden kann. Die breite Vernetzung der Einrichtung wie auch die infrastrukturelle Kooperation mit pro mente Steiermark und dem

Amt für Jugend und Familie in den gemeinsam genutzten Immobilien, bestätigen, dass eine breite Kooperationsbereitschaft als Grundstein für eine nachhaltig erfolgreiche Arbeit an gesellschaftlichen Problemfeldern gesehen werden sollte.

Für den langfristigen Betrieb einer multiprofessionellen Einrichtung wie dem SMZ Liebenau ist es zwar nicht zwingend notwendig, eine Basisfinanzierung im Sinne des Primärversorgungsgesetzes zu erhalten, eine Anerkennung als Primärversorgungseinheit reduziert jedoch den administrativen Aufwand erheblich, erhöht damit die Effizienz der Einrichtung und schafft eine größere ökonomische Sicherheit für die Mitarbeiter*innen.

Die Stadtteilarbeit, wie sie in den beiden Außenstellen des SMZ betrieben wird, ist auf Lebenssituationen im urbanen Kontext zugeschnitten. Das Grundprinzip der hier geleisteten Gemeinwesenarbeit, mit den Betroffenen eine nachhaltige Verbesserung ihrer Lebenssituation zu erreichen, kann jedoch unter einer Anpassung von Methoden und Angebot an die lokalen Gegebenheiten auch auf den ländlichen Raum übertragen werden (vgl. Kapitel 3.3).

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit (2014): Zielsteuerung-Gesundheit. „Das Team rund um den Hausarzt“, Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. <https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/-CH1443/CMS1404305722379/primaerversorgung.pdf> [25.03.2018].

Bromley by Bow Centre: Entstehung. <http://www.bbbc.org.uk/the-early-days-of-the-bromley-by-bow-centre> [26.02.2018].

Bromley by Bow Centre: Mission & Modell. <http://www.bbbc.org.uk/our-mission-and-model> [04.04.2018].

Bromley by Bow Centre: Social Prescribing. <http://www.bbbc.org.uk/bbbc-social-prescribing> [04.04.2018].

Bromley by Bow Centre: Gardening Program. <http://www.bbbc.org.uk/gardening-programme-> [04.04.2018].

Bromley by Bow Centre: Fit for life. <http://www.bbbc.org.uk/fit-for-life> [04.04.2018].

Bromley by Bow Centre: Fit for all. <http://www.bbbc.org.uk/fit-for-all> [04.04.2018].

Bromley by Bow Centre: Social care, <http://www.bbbc.org.uk/social-care> [04.04.2018].

Bromley by Bow Centre: Healthy Cities. <http://www.bbbc.org.uk/healthy-cities> [04.04.2018].

Bromley by Bow Centre: English for Health. <http://www.bbbc.org.uk/english-for-health> [04.04.2018].

Bromley by Bow Centre: Health Centre. <http://www.bbbc.org.uk/health-and-wellbeing-health-centre-296> [04.04.2018].

Care Revolution Netzwerk (2018): Eröffnung der Poliklinik Veddel in Hamburg. <https://care-revolution.org/aktuelles/eroeffnung-der-poliklinik-veddel-in-hamburg/> [29.03.2018].

City of Helsinki (2018): Health stations. <https://www.hel.fi/helsinki/en/social-health/health/stations/> [21.01.2018].

die hausärzte (2017): Ordinationszeiten. <https://www.diehausaerzte.at/ordinationszeiten> [25.02.2018].

Gemeinsame Ärzterrechnungsstelle der steiermärkischen Krankenversicherungsträger – GÄstK (2017): Vertragspartnerverzeichnis. Stand 1. Oktober 2017. Graz.

Gesundheitskollektiv Berlin – GeKo Berlin (2018a): Gesundheitskollektiv Berlin. <https://www.geko-berlin.de> [13.03.2018].

Gesundheitskollektiv – GeKo Berlin (2018b): GeKo Mobil. <https://www.facebook.com/gekoberlin/photos/a.1685118195046245.1073741827.1685107875047277/1889150601309669/?type=1&theater> [29.03.2018].

Gesundheitszentrum – GHZ Enns (2017): Willkommen im Gesundheitszentrum Enns! <https://www.ghz-enns.at> [25.03.2018].

Häkkinen, Hannele (2017a): Social and Health Care Reform. Vortrag im Rahmen der Studienreise des Masterstudiengangs Soziale Arbeit WS 2016. Helsinki, 17.05.2017.

Häkkinen, Hannele (2017b): Präventive Hausbesuche für die Älteren in Finnland. Vortrag im Rahmen der Studienreise des Masterstudiengangs Soziale Arbeit im WS 2016. Helsinki, 17.05.2017.

Häkkinen, Unto (2005): The impact of changes in Finland's health care system. *Health Economics*. 14 / 1, 101–118.

Hammer, Teija / Rissanen, Pekka / Perälä, Marja-Leena (2008): Home-care clients' need for help, and use and cost of services. In: *European Journal of Ageing*. 5, Nr. 2, 147–160.

Kiesl, Franz / Floimayr, Andrea (2017): Erstes Primärversorgungszentrum in Oberösterreich eröffnet. In: *Soziale Sicherheit Online*. Fachzeitschrift der österreichischen Sozialversicherung. 3/2017. <http://www.hauptverband.at/portal27/hvbportal/content?contentid=10007.779782&viewmode=content> [16.03.2018].

Köck Christoph, Moosmüller Alois, Roth Klaus (2004): *Zuwanderung und Integration. Kulturwissenschaftliche Zugänge und soziale Praxis*. Münster: Waxmann Verlag.

Laamanen, Ritva / Simonsen-Rehn, Nina / Souminen, Sakari / Ovreteit, John / Brommels, Mats (2008): Outsourcing primary health care services – how politicians explain the grounds for their decisions. In: *Health Policy*. 88, Nr. 2-3, 294–307.

Land Oberösterreich (2017): Bevölkerungsstand. Kennzahlen nach regionaler Auswahl. Enns und Oberösterreich. http://www.land-oberoesterreich.gv.at/files/statistik/gesellschaftundsoziales/bevstand/bevstand_41005.pdf [25.02.2018].

mein bezirk (2017): Ennser Gesundheitszentrum erregt die Gemüter. <https://www.mein-bezirk.at/enns/lokales/ennser-gesundheitszentrum-erregt-die-gemueter-d2219733.html> [25.02.2018].

Morbiditätsatlas Hamburg (2013). <http://www.hamburg.de/contentblob/4133362/-35bef19f920952a5b4bb098389834170/data/morbiditaetsatlas.pdf> [18.04.2018].

Paierl, Silvia / Stoppacher, Peter (2010): Armut in Graz. Erster Armutsbericht der Stadt Graz. Graz.

Possert-Lachnit, Heilwig (2005): SO FING ES AN... Die Gründerzeit: das SMZ Liebenau. In: SMZ Info. August 2005, Graz.

OECD (2015): Health Statistics 2015. <http://www.oecd.org/berlin/presse/Health-Statistics-Deutschland-Laendernotiz.pdf> [19.03.2018].

Poliklinik Veddel (2018): Stadteil-Gesundheits-Zentrum. <http://poliklinik1.org> [13.03.2018].

Redelsteiner, Christoph (2017): Gesundheitsberuf SozialarbeiterIn. In: Soziale Arbeit in Österreich. 3, 2017, 10–18.

Robert-Bosch-Stiftung (2018): PORT Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung. <http://www.bosch-stiftung.de/de/projekt/port-patientenorientierte-zentren-zur-primar-und-langzeitversorgung/im-detail> [29.03.18].

Schaeffer, Doris / Hämel, Kerstin / Ewers, Michael (2015): Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen. Anregungen aus Finnland und Kanada. Weinheim / Basel: Beltz Juventa.

SMZ Liebenau (o.A): Webseite Sozialmedizinisches Zentrum Liebenau. www.smz.at [04.12.2017].

SMZ Liebenau (2001): Gesundheitsbericht Liebenau – Wie gesund ist Liebenau? Graz: SMZ Liebenau. smz.at/download.php?f=d25f8f8cbe4f457170ca2703153d46b3&target=1 [21.03.2018].

SMZ Liebenau (2012): Stadtteilgesundheit für Alle. Ein Gesundheitsprojekt des SMZ Liebenau in Kooperation mit Fonds Gesundes Österreich und Land Steiermark (Gesundheit). smz.at/download.php?f=68a6a75f39e03e475cacb9ae953d5ce5&target=1 [04.12.2017].

SMZ Liebenau (2015): Zurück zu den Anfängen. 30 Jahre SMZ Liebenau. Graz: SMZ Liebenau.

Soumi, Olli (2017): Warteraum PVZ Savitaipalle. <https://www.google.de/maps/uv?hl=de&pb=!1s0x46908a31c8eab6a1%3A0x90dbe60df828a7ea!2m2!2m2!1i80!2i80!3m1!2i20!16m16!1b1!2m2!1m1!1e1!2m2!1m1!1e3!2m2!>

1m1!1e5!2m2!1m1!1e4!2m2!1m1!1e6!3m1!7e115!4shttps%3A%2F%2Fh5.googleusercontent.com%2Fp%2FAF1QipMZ9anzJ9LRhuZcqxp8JlqCioCrjxGgU51qXHE%3-Dw568-h320-k-no!5sTerveysasemat%20Savitaipale%20-%20Google_Suche&imagekey=!1e10!2sAF1QipMZ9anzJ9LRhuZcqxp8JlqCioCrjxGgU51qXHE&sa=X&ved=0ahU-KEwidxsy4q57aAhWG2KQKHUliCIEQoiolhgEwCg [02.04.2018].

Stadtgemeinde Enns (2017): Sonderausgabe Zeitgeist Informationen der Stadtgemeinde Enns. Zeit für Gesundheit. GHZ Enns Gesundheitszentrum Enns, 6/2017, https://www.ghz-enns.at/images/GHZ/pdf/Broschuere_GHZENns_web.pdf

Stadt Graz (2015): Leitbild Stadtteilarbeit in Graz. www.graz.at/cms/dokumente/10259828_7763635/c12cff38/Leitbild_A4%20%28002%29_.pdf [26.11.2017].

Stadt Graz (2016): Stadtteilarbeit. Kriterien für Förderansuchen für den Bereich „Stadtteilarbeit“ an das Ressort „Zusammenleben“ der Stadt Graz (SIBET). www.graz.at/cms/dokumente/10259828_7763635/1be5f4f0/Kriterienund%20Vorgaben%20f%C3%BCr%20STA%20HP.pdf [04.12.2017].

Statistik Austria (2017a): Abgestimmte Erwerbsstatistik 2015 – demographische Daten, Wanderung. <http://www.statistik.at/blickgem/ae4/g41005.pdf> [25.02.2018].

Statistik Austria (2017b): Statistik des Bevölkerungsstandes gemäß Finanzausgleichsgesetz. Endgültige Bevölkerungszahl für das Finanzjahr 2018 je Gemeinde, https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/volkszaehlungen_registerzaehlungen_abgestimmte_erwerbsstatistik/bevoelkerungsstand/index.html [25.02.2018].

Szabados, András (2016): GHZ Enns. Bilder Fertigstellung, Fotos: Haas Architektur/Szabados. <https://www.ghz-enns.at/bilder-fertigstellung> [24.03.2018].

Tynkkynen, Liina-Kaisa / Letho, Juhani / Miettinen, Sari (2012): Framing the decision to contract out elderly care and primary health care services – perspectives of local level politicians and civil servants in Finland. In: BMC Health Services Research. 12, 201–212.

Wahlbeck, Kristian / Manderbacka, Kristiina / Voureskoski, Lauri / Kuusio, Hannamaria / Louma, Minna-Liisa / Widström, Eeva (2008): Quality in and Equality of Access to Healthcare Services. Country Report for Finland. http://www.ehma.org/files/healthquest_finland_en.pdf [19.03.2018].

World Health Organisation – WHO: (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. Ottawa.

Daten

- AF1 Audio-Fieldnote geführte Besichtigung Stadtteilzentrum Jakomini mit Anahita Sharifgerami und Natascha Mauerhofer in Graz am 25.10.2017, erstellt von Oliver Auer. Audiodatei.
- G1 Gedächtnisprotokoll geführte Besichtigung SMZ Liebenau mit Wolfgang Selitsch in Graz am 25.10.2017, verfasst von Oliver Auer. Zeilennummerierung.
- F1 2017. Programmflyer Stadtteilzentrum Grünanger. Graz
- F2. 2017. Programmflyer Stadtteilzentrum Jakomini. Graz
- M3 E-Mail-Verkehr vom 23.3.2018 an GHZ Enns, verfasst von Patricia Renner
- T21 Transkript Expert*inneninterview Enns vom 9.3.2017, erstellt von Sebastian Bastecky
- TE1 Telefonat mit Anahita Sharifgerami am 04.12.2017, 11:58 Uhr, geführt von Oliver Auer.

10 Vom Forschungsproblem zum Forschungsprojekt

Marlies Presser

Unabhängig von Thema und gewähltem Forschungsansatz hat Wissenschaft den Anspruch ergebnisoffen, öffentlich, reflektiert, systematisch und theoriebasiert zu sein. Ergebnisoffen bedeutet, dass auch andere als von den Forscher*innen erwartete oder gar erwünschte Ergebnisse möglich sind. Öffentlich heißt, dass die Forschung bekannt gemacht und damit hinterfragt werden kann. Reflektiert meint die kritische Auseinandersetzung mit dem eigenen Tun im Forschungsprozess. Systematisch bezieht sich auf ein nachvollziehbares und logisches Vorgehen. Theoriebasiert beschreibt die Anknüpfung an bestehende Erklärungsmodelle der jeweiligen Disziplin (vgl. van den Donk / Lanen / Wright 2014:23-24). Im Folgenden soll der ergebnisoffene, reflektierte, systematische und theoriebasierte Weg vom Forschungsproblem über die Wahl der passenden Vorgehensweise hin zur Beantwortung der Forschungsfragen dargestellt und damit öffentlich werden.

10.1 Forschungsparadigma

Unter einem Paradigma versteht man die grundlegenden, handlungsanleitenden Annahmen über die Welt (vgl. Creswell 2009:6). Ein Forschungsparadigma beschreibt welche Erkenntnisse man grundsätzlich über die Welt gewinnen kann und davon abgeleitet, wie und mit welchen Methoden man zu diesen gelangt. In der Konzeptentwicklung für das Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung orientierte man sich sowohl an einem pragmatischen als auch an einem partizipativen und anwaltschaftlichen Forschungsparadigma. Die Kombination dieser beiden Paradigmen im Forschungsprojekt GeSo Orth ergab sich einerseits aus dem Auftrag der Gemeinde Orth an der Donau ein Konzept für ein Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung zu entwickeln und andererseits aus der „Global Definition of Social Work“ (vgl. IFSW 2014), worin das professionelle Selbstverständnis Sozialer Arbeit beschrieben wird. Als zentrale Punkte werden darin die anwaltschaftliche Vertretung und die Unterstützung zur Selbstermächtigung benachteiligter Personen und Gruppen sowie die Förderung des sozialen Wandels genannt. Sozialarbeitsforschung zeichnet sich durch ihre Anwendungsorientierung und ihren emanzipatorischen

Anspruch aus. Vielfach werden (potentielle) Klient*innen Sozialer Arbeit in interaktiver und dialogischer Weise in den Forschungsprozess einbezogen, wodurch die Ergebnisse einen spezifischen Praxisbezug haben (vgl. IFSW 2014).

Beim pragmatischen Paradigma geht es vorrangig um Handlungen, Situationen und Konsequenzen. Ziel ist es herauszufinden, was funktioniert und wie ein konkretes Problem gelöst werden kann. Das pragmatische Paradigma ist daher besonders in der Anwendungsforschung verbreitet. Um das Forschungsproblem bestmöglich zu verstehen, ist mitunter mehr als ein Verfahren der Datenerhebung und -auswertung sinnvoll. Daher werden mehrere Forschungsmethoden kombiniert, was als „mixed methods approach“ (vgl. Creswell 2009:10-11) oder Methodenverknüpfung (vgl. Burzan 2016:14-15) bezeichnet wird. Die unterschiedlichen Methoden eröffnen unterschiedliche Blickwinkel, und durch das Zusammenführen der verschiedenen Perspektiven entsteht ein umfassenderes Bild vom Forschungsthema (vgl. ebd.:26; vgl. Lamnek / Krell 2016:270). In der empirischen Sozialforschung kann zwischen einem qualitativen und

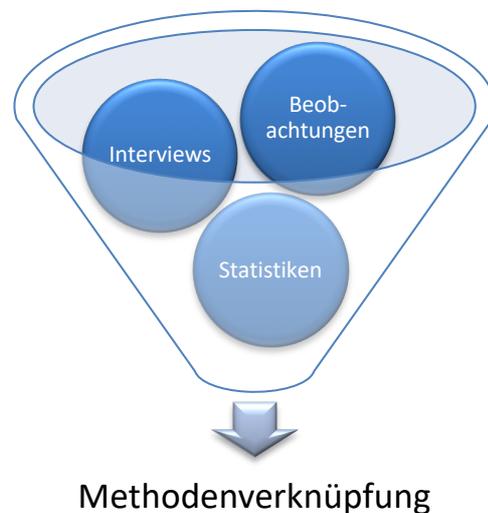


Abbildung 50: Methodenverknüpfung;
Quelle: eigene Darstellung

quantitativen Ansatz mit jeweils unterschiedlichen Methoden zur Datenerhebung und -auswertung unterschieden werden. Der qualitative Ansatz zielt darauf ab (a) subjektive Äußerungen, d.h. subjektiv gemeinten Sinn, nachzuvollziehen, (b) Regeln sozialen Handelns wie Deutungsmuster, Erfahrungsräume und Lebenswelten zu rekonstruieren sowie (c) soziale Sinnstrukturen, d.h. die Strukturlogik und die unausgesprochenen Regeln für Deutungen und Handlungen offen zu legen (vgl. Lamnek / Krell 2016:41-42). Dafür werden Daten von einzelnen oder wenigen Fällen, die häufig nach theoretischen Gesichtspunkten ausgewählt werden, erhoben und ausgewertet (vgl. ebd.:139). Das Forschungsdesign ist mitunter zirkulär angelegt, d.h. dass sich Phasen der Datenerhebung, -auswertung und Verallgemeinerung mehrfach wiederholen (vgl. Burzan 2016:20). Der quantitative Ansatz in der empirischen Sozialforschung versucht auf Basis vieler Fälle Muster von Merkmalen und damit Ursache-Wirkungszusammenhänge zu erkennen. Das Forschungsdesign ist tendenziell linear angelegt. Es ist nötig, sich vor

der Erhebung so genau wie möglich zu überlegen, welche Fragestellungen man klären möchte und mit welcher Art von Messung die dafür nötigen Informationen gewonnen werden können. Durch diese Vorgehensweise werden jedoch nur solche Merkmale untersucht, die von den Forscher*innen schon vorab als wichtig definiert wurden. Die große Anzahl untersuchter Fälle und die Verwendung standardisierter Methoden gewährleisten eine höhere Vergleichbarkeit und Generalisierbarkeit (vgl. ebd:16-17). Für die Auswertung der erhobenen Daten werden häufig Methoden aus der Statistik verwendet. Bei der Methodenverknüpfung kommen vielfach Methoden aus dem qualitativen und dem quantitativen Ansatz zum Einsatz. Da es viele Möglichkeiten der Verknüpfung gibt, sollte für eine bessere Nachvollziehbarkeit dargelegt werden, ob im konkreten Forschungsprojekt Methoden, Daten oder Ergebnisse verknüpft wurden (vgl. Burzan 2016:68). Im Forschungsprojekt GeSo Orth wurde auf Daten zurückgegriffen, die mit verschiedenen Methoden erhoben und ausgewertet worden sind. Die Teilergebnisse aus den unterschiedlichen Erhebungen wurden bei der Analyse verknüpft und davon die Konzeptbausteine (siehe Kapitel 11.8.1) abgeleitet.

Beim partizipativen und anwaltschaftlichen Paradigma ist die Forschungsfrage mit einer politischen Forderung verbunden. Das Forschungsergebnis soll eine Handlungsanleitung für eine Veränderung der Verhältnisse bieten. Zumeist geht es bei diesen Forschungen um Themen wie Empowerment (siehe Kapitel 4.2.2), Ungleichheit und Unterdrückung. Das Hauptaugenmerk partizipativ-anwaltschaftlicher Forschung liegt auf den Bedürfnissen von Individuen und Gruppen, die ausgegrenzt werden oder Gefahr laufen, ausgegrenzt zu werden. Es soll daher nicht über oder für die betroffenen Personen geforscht werden, um diese nicht noch weiter an den Rand zu drängen. Stattdessen sollen sie aktiv eingebunden werden und dadurch eine Stimme im Forschungsprozess erhalten. Die Forscher*innen und die Teilnehmer*innen an der Forschung treiben gemeinsam eine Reformagenda voran, um die Lebensqualität Zweiterer zu verbessern. Die Forschungsteilnehmer*innen sollen durch diesen Zugang für die eigenen Belange sensibilisiert und sich über die eigene Situation und deren Veränderungsmöglichkeiten bewusst werden (vgl. Creswell 2009:9-10).

10.2 Forschungsdesign

Als Forschungsdesign „werden alle zur Planung und Durchführung einer empirischen Untersuchung gehörenden Schritte bezeichnet“ (Lamnek / Krell 2016:702). Aufbauend auf das Forschungsproblem und die davon abgeleiteten Forschungsfragen wird

überlegt, welcher theoretische Rahmen und welche Methoden in Anbetracht der vorhandenen Ressourcen für die Erreichung der Forschungsziele verbunden werden sollen (vgl. Flick 2008:264). Die Ziele der Forschung umfassen dabei das Forschungs-, Generalisierungs- und Darstellungsziel (vgl. ebd.:258-259). Der Zusammenhang zwischen Forschungsziel, Generalisierungsziel und Grundlagen- oder Anwendungsforschung bzw. Aktionsforschung als spezielle Form der Anwendungsforschung ergibt sich wie folgt:

	Grundlagenforschung	Anwendungsforschung Aktionsforschung	
Forschungsziel	Bildung und Überprüfung von Hypothesen	Unterstützung bei Strategien zur Problemlösung	Verbesserung der Praxis in einem konkreten Fall
Generalisierungsziel	Wissen ist generalisierbar	Wissen ist problembezogen	Wissen ist kontextbezogen

Tabelle 9: Forschungstypen; Quelle: eigene Darstellung nach van der Donk et al. (2014:28)

Beim Darstellungsziel steht schließlich die Verwertung der Forschungsergebnisse (vgl. ebd.:260) im Vordergrund, z.B. als Abschlussarbeit im Rahmen der wissenschaftlichen Ausbildung, als Endbericht an eine*n Auftraggeber*in oder als Artikel in einer wissenschaftlichen Zeitschrift.

Die Formulierung der Forschungsfrage ist ein entscheidender Punkt in der Anfangsphase jeden Forschungsprojektes, da die Forschungsfrage einen großen Einfluss auf das Studiendesign hat. Die Forschungsfrage sollte daher klar und eindeutig sein, damit sie Orientierung bei der Planung und Umsetzung der Forschung geben kann. Sie sollte jedoch nicht zu eng gesteckt sein, damit auch neue Aspekte entdeckt werden können und nicht nur bestätigt wird, was die Forscher*innen ohnehin bereits zu wissen glauben (vgl. Flick 2008:258-259). Anhand der konkreten Forschungsfrage (siehe Einleitung) wird überlegt, welche Informationen und Daten nötig sind, um diese beantworten zu können. Die Forscher*innen wählen dafür die passenden Methoden für Erhebung, Analyse und Interpretation der Daten aus. Die gewählten Methoden und mithin auch der Methodenmix müssen für den Gegenstand der Forschung und die Forschungsfrage angemessen sein (vgl. Lamnek / Krell 2016:278). Das Forschungsdesign kann, wie bereits oben erwähnt, linear oder zirkulär angelegt sein. Bei einem linearen Forschungsprozess wird die Abfolge geplant und dann Schritt für Schritt umgesetzt. Bei einem zirkulären bzw. spiralförmigen Forschungsdesign – man kehrt strenggenommen nicht an denselben Punkt zurück (vgl. Wright 2013:148) – wird auf Basis der ersten

Ergebnisse überprüft, ob das bisherige Design noch stimmig ist oder ob es angepasst werden muss, z.B. weil mit einer Personengruppe nicht, wie geplant, Interviews geführt werden können oder sich für die Forscher*innen völlig unerwartete Zusammenhänge ergeben.

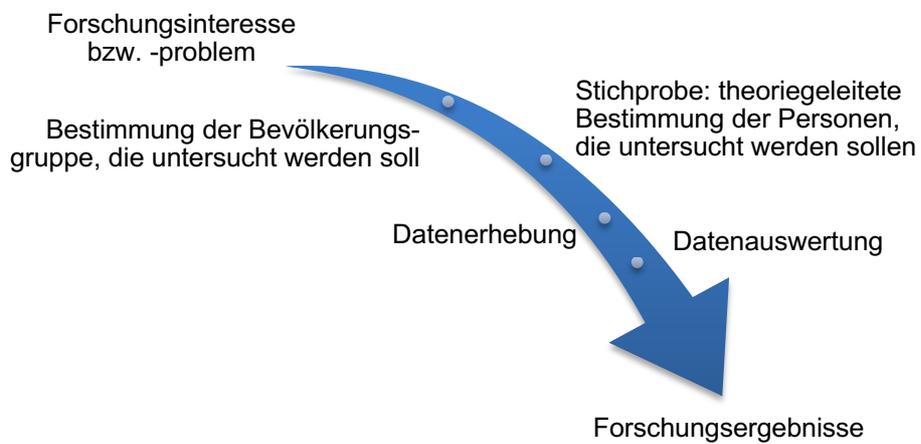


Abbildung 51: Lineares, qualitatives Forschungsdesign; Quelle: eigene Darstellung nach Lamnek / Krell (2016:138-140)

Aktionsforschung hat das Ziel eine bestehende Praxis zu verbessern. Sie will soziale Wirklichkeit sowohl verstehen als auch verändern und ist damit stark handlungs- bzw. anwendungsorientiert. Eine zirkuläre Abfolge von Planung, Durchführung und Reflexion soll mit der Lösung sozialer Probleme verbunden werden (vgl. Lamnek / Krell 2016:693). Wird eine neue Praxis entwickelt, so wird dies in Abgrenzung dazu häufig als Innovationsuntersuchung bzw. -forschung bezeichnet. Mit Hilfe der Innovationsuntersuchung werden Konzepte für eine neue Praxis entwickelt. Dazu ist es

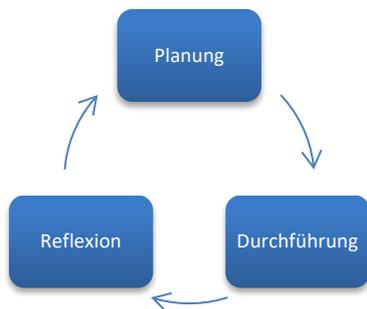


Abbildung 52: Aktionsforschung; Quelle: eigene Darstellung

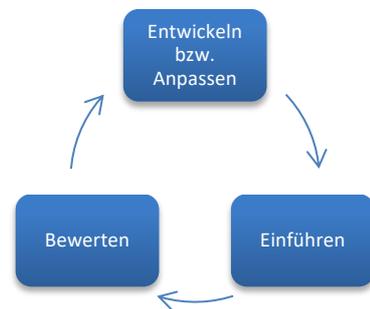


Abbildung 53: Innovationsforschung; Quelle: eigene Darstellung

nötig, Kriterien zu definieren, die das Konzept erfüllen soll, und die sowohl Praxis- als auch Theoriebezug haben. Das neue Konzept, die Innovation wird dann in der Praxis

umgesetzt. Die Auswirkungen auf die Praxis werden untersucht und verbessern so das Verständnis von der entwickelten Innovation einerseits und der Praxis, in die sie eingeführt wurde, andererseits. Die Innovation wird kritisch bewertet und nötige Veränderungen werden am Konzept vorgenommen. Dieser Kreislauf aus Entwickeln, Einführen, Bewerten und Anpassen kann wiederholt durchgeführt werden. Am Ende steht ein Konzept, das mehrfach in und durch die Praxis getestet wurde und auf theoretischen Grundlagen rückbezogen werden kann (vgl. van der Donk et al. 2014:30-31). Der Nachweis über die Wirksamkeit einer Innovation kommt direkt aus der Praxis, d.h. es gibt eine praxisbasierte, lokale Evidenz dafür (vgl. Wright et al. 2013:151).

Beim Forschungsprojekt GeSo Orth wurde ebenfalls eine Innovation – ein Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung – geplant. Für die Konzeptentwicklung wurde neben theoretischem Wissen auch lokales Wissen aus der Praxis und von potentiellen Nutzer*innen des Zentrums einbezogen. Die Innovation wurde aufgrund der Größe des Vorhabens nicht eingeführt und danach deren Wirkung in der Praxis analysiert und bewertet. Stattdessen wurden die entwickelten Konzepte durch lokale Interessenspartner*innen und Expert*innen ohne Bezug zu Orth bewertet (siehe Kapitel 11.10).

Für die Konzeptentwicklung musste entschieden werden, welche fachspezifischen Wissensbestände und theoretischen Ansätze relevant sind und mit welcher Methode darauf zugegriffen werden kann. Es war zu überlegen, wie sich aktuell die Situation in Orth an der Donau mit speziellem Fokus auf die soziale, medizinische, kommunale und freizeitbezogene Versorgung gestaltet und mit welchen Methoden dies erhoben werden kann. Zusätzlich sollte in Erfahrung gebracht werden, was in der Gemeinde fehlt. Auch die gesellschaftlichen Entwicklungen und Rahmenbedingungen auf den unterschiedlichen Ebenen und in den relevanten Bereichen sollten berücksichtigt werden. Um all dieses unterschiedliche Wissen nutzen zu können, wurde eine Methodenverknüpfung gewählt. Einerseits wurden bereits vorhandene Daten, z.B. der Statistik Austria, verwendet und andererseits mit verschiedenen qualitativen Methoden (siehe Kapitel 11) Daten erhoben und ausgewertet. Die Teilergebnisse aus den unterschiedlichen Erhebungen wurden schließlich bei der Analyse verknüpft und davon die Konzeptbausteine (vgl. Kapitel 11.8.1) abgeleitet.

Im Folgenden eine vereinfachte Darstellung des Forschungsprozesses GeSo Orth im Rückblick. Manche ursprünglich vorgesehenen Methoden wurden wieder verworfen, dafür andere durchgeführt. Viele Schritte fanden parallel statt und manche Schritte

wurden, aufgrund der Arbeitsteilung, von den einzelnen Studierenden zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt.



Abbildung 30: Forschungsprozess GeSo Orth; Quelle: eigene Darstellung

10.3 Partizipative Forschung

Unter partizipativer Forschung versteht man einen Ansatz, um soziale Wirklichkeit partnerschaftlich mit Personen aus dem Feld zu beforschen mit dem Ziel, diese zu verstehen und zu verändern (vgl. von Unger 2016:1). Als Feld wird jener Teil des

Sozialraums (siehe Kapitel 2.6) bezeichnet, der im Fokus der Forschung steht. Beteiligt werden sollen jene Personen, Gruppen und Organisationen, die vom Forschungsthema und den erwarteten Ergebnissen der Forschung betroffen sind (vgl. Bergold / Thomas 2012:24). Diese werden vielfach mit dem Sammelbegriff Interessenpartner*innen bzw. Stakeholder bezeichnet. Partizipative Forschung hat den Anspruch, durch die Beteiligung von Personen aus dem Feld deren individuelle und kollektive Selbstermächtigung (siehe Kapitel 4.2.1) zu unterstützen und deren Wissen und Kompetenzen zu erweitern (vgl. Wright et al. 2013:152). „Ein grundlegendes Anliegen der partizipativen Forschung ist es, durch Teilhabe an Forschung mehr gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen“ (von Unger 2014:1). Dies darf jedoch nicht als Einbahnstraße gesehen werden, denn auch die Forscher*innen lernen von und mit den beteiligten Personen aus dem Feld (vgl. Wright 2013:123). Hier zeigen sich etliche Überschneidungen zwischen partizipativer Forschung und dem professionellen Selbstverständnis Sozialer Arbeit. In beiden Fällen soll durch Teilhabe die Selbstermächtigung benachteiligter Personen und Gruppen und damit sozialer Wandel gefördert werden (vgl. IFSW 2014).

Ihre Wurzeln hat die partizipative Forschung in der Aktions- bzw. Handlungsforschung. Im Sozial- und Gesundheitswesen wird dafür auch der Begriff Praxisforschung verwendet (vgl. van der Donk et al. 2014:17). Wie bereits erwähnt, will die Aktionsforschung soziale Wirklichkeit sowohl verstehen als auch verändern und ist damit stark handlungs- bzw. anwendungsorientiert. Eine zirkuläre Abfolge von Planung, Durchführung und Reflexion wird dabei mit der Lösung sozialer Probleme verbunden (vgl. Lamnek / Krell 2016:693). Die partizipative Forschung verschiebt den Schwerpunkt, der in der Aktionsforschung auf dem Handlungs- und Veränderungsaspekt liegt, hin zur gemeinsamen Gestaltung von Forschung (vgl. Bergold / Thomas 2012:8). Sie ist damit eindeutig wertebasiert und produziert tendenziell Wissen, das problem- bzw. kontextbezogen ist.

Partizipative Forschung hat den Anspruch, Menschen aus dem Feld grundsätzlich am gesamten Forschungsprozess – von der Identifizierung des Forschungsproblems bis zur Verwertung der Forschungsergebnisse – mit Entscheidungsmacht zu beteiligen (vgl. Bergold / Thomas 2012:30). Personen aus dem Feld agieren somit auch als Co-Forscher*innen an der empirischen Arbeit im engeren Sinne und führen nach einem entsprechenden Training Datenerhebungen und Auswertungen durch (vgl. ebd.:62). Nicht immer können und/oder wollen sich alle Personen, die im Feld leben, beteiligen. Vielfach nehmen daher nur einzelne Personen oder politische Vertreter*innen aus dem Feld auf höherer Stufe der Partizipation (siehe Kapitel 4.1.3) am Forschungsprojekt teil.

Die meisten Personen werden auf Vorstufen der Partizipation informiert, befragt und einbezogen (vgl. von Unger 2014:41).

Dezidiert versteht sich partizipative Forschung als ein wissenschaftlicher Zugang im Sinne eines Paradigmas (siehe Kapitel 10.1). Abgegrenzt werden kann dies von Forschung, die Partizipation lediglich als Methode ansieht, um die Qualität der Forschung zu verbessern (vgl. Wright 2013:122). Einen besonderen Stellenwert hat in der partizipativen Forschung die Zusammenarbeit zwischen den Auftraggeber*innen, Expert*innen und Interessenspartner*innen aus dem Feld, den Forschenden und Personen aus der möglichen Zielgruppe. Partizipative Forschung kann Zusammenarbeit oder zumindest Vernetzung zwischen den verschiedenen Interessenspartner*innen fördern. Die jeweils unterschiedlichen Interessen können dadurch bekannt und nachvollziehbar gemacht werden und den Boden für die Ausverhandlung von Lösungen bereiten (vgl. Wright et al. 2013:151). Da das Forschungsprojekt GeSo Orth die soziale und gesundheitliche Versorgung in Orth an der Donau in neuer Weise sichern soll, ist es hilfreich, wenn die relevanten Akteur*innen aus den unterschiedlichen Bereichen einander kennen und sich mit den Sichtweisen der anderen auseinandersetzen. Eine Vernetzung der Interessenspartner*innen kann in weiterer Folge auch die Umsetzung des konkreten Projektes erleichtern.

Neben den klassischen Methoden der empirischen Sozialforschung werden in der partizipativen Forschung auch interaktive, visuelle, performative und kreative Methoden eingesetzt. Als Beispiel können World Cafés (siehe Kapitel 11.7.1) genannt werden. Häufig werden Methoden speziell für ein Projekt angepasst, teilweise werden sogar eigene Methoden entwickelt (vgl. von Unger 2014:57). Diese Anpassungen und Neukreationen führen oft zu Abweichungen von den etablierten methodischen Standards, was entsprechend transparent dargestellt und begründet werden sollte.

Die wissenschaftliche Gemeinde schenkt der partizipativen Forschung in den letzten Jahren vermehrt Aufmerksamkeit. Dies zeigt sich an einer steigenden Anzahl von Veröffentlichungen, Konferenzen bzw. Konferenzbeiträgen und der Gründung von Forschungsnetzwerken, wie z.B. dem europäischen *Collaborative Action Research Network* (CARN) oder dem deutschen *Netzwerk für Partizipative Gesundheitsforschung* (PartNet) (vgl. von Unger 2014:3f). In bestimmten Bereichen wie der Gesundheitsforschung (siehe Kapitel 5) sind partizipative Ansätze schon länger verankert (vgl. Wright et al. 2013:151). Das entsprechende Forschungsnetzwerk *International Collaboration for Participatory Health Research* (ICPHR) wurde 2009 gegründet (vgl. Wright 2013:122).

Als Gründe für dieses Interesse an partizipativer Forschung werden die zunehmende Bedeutung von Bürger*innen- und Öffentlichkeitsbeteiligung in Politik und Verwaltung (siehe Kapitel 4.1.2), die Entwicklungen in der empirischen Sozialforschung sowie ein verändertes Verhältnis zwischen Wissenschaft und Gesellschaft angesehen (vgl. von Unger 2014:5-6; Lamnek / Krell 2016:596-597).

10.3.1 Partizipation im Forschungsprojekt GeSo Orth

Um den partizipativen Charakter eines Forschungsprojektes nachvollziehbar zu machen, empfiehlt von Unger (vgl. 2012:1) sich an folgenden Fragen zu orientieren:

- Wer partizipiert?
- Woran wird partizipiert?
- Wie wird partizipiert?

Die Entwicklung und Aushandlung des Forschungsauftrages für das Projekt GeSo Orth erfolgte zwischen der Projektleitung der Fachhochschule St. Pölten und Orther Gemeindevertreter*innen. Der Gemeinderat als gewählte Vertretung der Bevölkerung hat das Forschungsprojekt auf politischer Ebene legitimiert. Das Forschungsdesign und der Projektplan wurden von der Forschungsgruppe entwickelt und dem Gemeindefachbereich „Ärztzentrum/Rettungsdienste“ vorgestellt. Die Rückmeldungen wurden so weit wie möglich eingearbeitet. Für die Projektkommunikation wählte die Forschungsgruppe einen Blog, einen Facebookauftritt und Beiträge in lokalen und regionalen Printmedien. Auf Gemeindeebene wurde die Forschungsgruppe von der Leitung von „Ärztzentrum/Rettungsdienste“ dabei unterstützt, Beiträge in der Gemeindezeitung zu veröffentlichen. Die Netzwerkarbeit bezieht sich auf die Kontaktaufnahme mit relevanten regionalen und überregionalen Interessenspartner*innen aus dem Sozial- und Gesundheitswesen. Diese wurden von der Forschungsgruppe identifiziert und zum größten Teil persönlich besucht und über das Forschungsprojekt informiert. Einen wichtigen Baustein im Rahmen der Netzwerkarbeit bildete die gemeinsame Reise nach London, um mehr über das dortige *Bromley by Bow Centre* (siehe Kapitel 9.2) zu erfahren. Die Auswahl relevanter theoretischer Ansätze aus Sozialer Arbeit, Public Health und Sozialmedizin erfolgte durch die Forschungsgruppe. Dem Gemeindefachbereich „Ärztzentrum/Rettungsdienste“ wurde bei einem Treffen der sozialarbeiterische Ansatz der Gemeinwesenarbeit vorgestellt. Die Projektumweltanalyse erfolgte laufend durch die Forschungsgruppe. Ein erster Entwurf wurde dem Gemeindefachbereich „Ärztzentrum/Rettungsdienste“ vorgestellt, der wichtige zusätzliche Informationen bereitstellen und Lücken schließen konnte. Best Practice-

Modelle wurden von der Forschungsgruppe identifiziert und die entsprechenden Informationen eingeholt. Mitglieder des Gemeindefarbeitskreises „Ärztzentrum / Rettungsdienste“ nahmen an der Reise zum Best Practice-Modell Bromley by Bow teil. Sowohl Interview- als auch Auswertungsmethode für die leitfadengestützten Expert*inneninterviews wurden von der Forschungsgruppe ausgewählt. Der Gemeindefarbeitskreis „Ärztzentrum/Rettungsdienste“ ergänzte nach der Vorstellung des Forschungsdesigns und der vorläufigen Projektumweltanalyse die Liste möglicher Interviewpartner*innen. Die geeigneten partizipativen Methoden für die Bürger*innenbeteiligung wurden von der Forschungsgruppe ausgewählt. Die Gemeinde Orth an der Donau unterstützte bei der Vorbereitung durch die Zufallsauswahl der Teilnehmer*innen für den Bürger*innen-Rat, die entsprechende Einladung und Information der Bevölkerung sowie die Bereitstellung von Räumlichkeiten und Verpflegung. Die Orther Bürger*innen wurden bei beiden Beteiligungsverfahren von Gemeindevertreter*innen über die Hintergründe des Forschungsprojektes informiert. Die Forschungsgruppe berichtete jeweils über die gewählten theoretischen und methodischen Ansätze und teilweise über erste Erkenntnisse. Die Orther*innen legten ihre Wünsche und Bedenken dar und entwickelten gemeinsam Ideen für das GeSo Orth. Die Konzeptentwicklung, d.h. die Identifikation der Konzeptbausteine und die Ausarbeitung der Konzeptvorschläge auf Basis der erhobenen Daten und relevanter Theoriebezüge, erfolgte durch die Forschungsgruppe. Im Rahmen einer kommunikativen Validierung wurden die Konzeptvorschläge Orther Bürger*innen und Gemeindevertreter*innen sowie überregionalen Interessenspartner*innen präsentiert und anschließend diskutiert. Die Rückmeldungen sind in die abschließende Verschriftlichung eingearbeitet worden. Die Verwertung der Forschungsergebnisse erfolgte in dreierlei Hinsicht. Ein Bericht inklusive Konzeptvorschläge für die Gemeinde Orth an der Donau als Auftraggeberin sowie die Verwertung als Masterarbeit waren bereits zu Beginn des Forschungsprojektes zwischen der Gemeinde und der Fachhochschule St. Pölten vereinbart worden. Zusätzlich plant die Forschungsgruppe die Veröffentlichung eines Handbuchs.

Die nachstehende Tabelle zeigt, welche unterschiedlichen Personen bzw. Personengruppen an den einzelnen Schritten im Forschungsprojekt GeSo Orth beteiligt waren. Wie partizipiert wurde, die Stufe der Partizipation, wird mit Rückgriff auf das Pyramidenmodell der Sozialarbeitswissenschaftlerinnen Straßburger und Rieger (vgl. 2014:232-233) beschrieben. Im Kapitel 4.1.3 wurde das Modell bereits näher vorgestellt.

	FH St. Pölten Forschungs- gruppe	Gemeinde Orth bzw. Arbeitskreis	Orther Bürger*innen	Lokale Expert*innen	Regionale Expert*innen	Überregionale Expert*innen
Auftrags- klärung						
Forschungs- design						
Projekt- kommunikation						
Netzwerk- arbeit						
Theorie- arbeit						
Projektumwelt- analyse						
Best Practice- Beispiele						
Expert*innen- Interviews						
Bürger*innen- beteiligung						
Konzept- entwicklung						
Kommunikative Validierung						
Verwertung der Ergebnisse	Masterarbeit	Konzepte				
	Handbuch					

Tabelle 10: Partizipation im Forschungsprojekt; Quelle: eigene Darstellung nach von Unger (2012:63)

Der Projektauftrag und die Verwertung der Ergebnisse – mit Ausnahme des Handbuches – wurden mit der Gemeinde Orth an der Donau partnerschaftlich vereinbart (orange Hinterlegung). Eine höhere Stufe der Partizipation wurde im Forschungsprojekt nicht realisiert. Zumeist wurden Meinungen, Kritik und Unterstützung von verschiedenen Personen, Personengruppen und der lokalen Bevölkerung eingeholt (rote Hinterlegung). Dies entspricht einer Vorstufe der Partizipation, da letztendlich die Forschungsgruppe über den weiteren Umgang mit den so gewonnenen Informationen entschieden hat. Einige Entscheidungen im Forschungsprozess wurden von der Forschungsgruppe getroffen und Dritte im Nachhinein darüber informiert. Gründe für dieses Gesamtbild in Bezug auf Partizipation sind einerseits der konkrete Auftrag durch die Gemeinde Orth, wodurch schon definiert wurde, dass ein Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung gebraucht wird. Andererseits sollte das Projekt mit Studierenden im Rahmen eines zweijährigen berufsbegleitenden Masterstudiums umsetzbar sein. Der Einbezug weiterer Personen und Personengruppen auf partizipativer Ebene, z.B. als Co-Forscher*innen, hätte deutlich mehr Zeitressourcen erfordert.

Einleitend wurde bereits erwähnt, dass neben der Partizipation auch Empowerment und Wissens- bzw. Kompetenzerweiterung in der partizipativen Forschung eine Rolle spielen. Darüber, ob und inwieweit das Forschungsprojekt GeSo Orth einen Anstoß oder

Beitrag zum Empowerment der Orther*innen geleistet hat, kann nur spekuliert werden. In Bezug auf die Wissenserweiterung kann festgestellt werden, dass das Forschungsprojekt dafür Möglichkeiten eröffnet hat. Dies gilt insbesondere für die Mitglieder des Gemeindeforschungsteams „Ärztzentrum/Rettungsdienste“. Sie wurden regelmäßig über den Stand des Forschungsprojektes informiert und konnten so einen Einblick in sozialarbeitswissenschaftliche Forschung und Entwicklung gewinnen. Die Teilnehmer*innen bei den Bürger*innenbeteiligungsverfahren haben Informationen zum Projekt sowie ausschnittsweise etwas über die Wissensbestände der Sozialen Arbeit und der Gesundheitswissenschaften erfahren. Es kann angenommen werden, dass beim Bürger*innen-Rat und -Café Personen miteinander ins Gespräch gekommen sind, die vorher noch keinen Kontakt zueinander hatten und ihr Wissen und ihre Meinungen miteinander geteilt haben. Die Teilnehmer*innen des Rates und des Cafés haben an einem dialogischen und kreativen Prozess teilgenommen und soziales Lernen erlebt.

10.3.2 Schwächen und Grenzen der partizipativen Forschung

Der Aufbau einer Forschungspartnerschaft und die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses in Bezug auf das Forschungsprojekt sind sehr zeitaufwändig und erfordern von den professionellen Forscher*innen die entsprechenden Kompetenzen. Die Sozialarbeits- und Bildungswissenschaftlerin Cook (2012:19) arbeitete z.B. gemeinsam mit Patient*innen einer rehabilitativen Einrichtung zwei Jahre lang lediglich an der Entwicklung eines Forschungsdesigns.

Durch die Zusammenarbeit mit Personen, die direkt im Feld leben, eröffnen sich Zugänge zu deren Lebenswelten (siehe Kapitel 2.6.1) und Deutungen. Andere Zugänge durch andere Personen im Feld bleiben dadurch jedoch verschlossen und es entstehen blinde Flecken (vgl. von Unger 2014:95-96). Die Sichtweise der beteiligten Personen sollte daher nicht der letzte Referenzpunkt sein. Sie ist weder eine einzige noch eine absolut zu setzende Sichtweise und selbst mit unterschiedlichen und widerstreitenden Interessen verbunden (vgl. Lorenz 2016:464-465). Zusätzlich besteht die Gefahr, dass bei den beteiligten Personen Hoffnungen zur Lösung des beforschten Problems geweckt werden, die mit dem Forschungsprojekt gar nicht umgesetzt werden können. Auch die eigenen Ansprüche der partizipativen Forschung bezüglich Partizipation, Selbstermächtigung und der Erweiterung von Wissen und Fähigkeiten können bei den beteiligten Personen zu hohen Erwartungen führen, die nicht immer eingelöst werden können (vgl. von Unger 2012:76).

Machtverhältnisse, also die Antwort auf die Frage, wer letztendlich entscheidet und welche bzw. wessen Regeln gelten, können durch partizipative Verfahren verschleiert werden. Wer als Forscher*in gilt und wie Forschung auszusehen hat, u.a. um Zugang zu den entsprechenden Förderungen zu bekommen und wissenschaftlich anerkannt zu sein, entscheidet die Wissenschaft selbst. Ein partizipativer Ansatz in der Forschung erfordert daher auch ein kritisches Nachdenken darüber, wer wen überhaupt woran beteiligen kann. Ein Machtgefälle kann in der Zusammenarbeit zwischen professionellen Forscher*innen und Co-Forscher*innen nicht vermieden werden (vgl. D’Cruz / Jones 2014:39).

Ziel vieler partizipativer Forschungsprojekte ist die Verbesserung konkreter Praxis und nicht die Bildung und Überprüfung von verallgemeinerbaren Hypothesen (siehe Kapitel 10.2), was aber grundsätzlich möglich wäre. Die Forschung soll vielfach Information oder sogar Entscheidungsgrundlage für Politik, Verwaltung und die involvierte Bevölkerung liefern und hat eher Dienstleistungscharakter. Zusätzlich erschwert das spezielle Vokabular gewisser Ansätze eine partizipative Überprüfung und Weiterentwicklung theoretischer Modelle. Aus wissenschaftlicher Sicht wird der starke Kontextbezug der partizipativen Forschung als Schwäche angesehen, und sie ist deswegen im akademischen Betrieb umstritten (vgl. von Unger 2014:96-97).

10.4 Voraussetzungen für ein vergleichbares Forschungsprojekt

Um ein vergleichbares Forschungsprojekt zur Entwicklung eines Konzeptes für ein Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung in einer Gemeinde umzusetzen, muss grundsätzlich der Wille zur Bürger*innenbeteiligung sowohl auf Seite der Politik und Verwaltung als auch auf Seite der Bürger*innen vorhanden sein. Daneben benötigt man zeitliche und finanzielle Ressourcen sowie Forscher*innen mit dem entsprechenden Wissen und entsprechender Erfahrung.

10.4.1 Zeitliche Ressource

Im konkreten Fall dauerte die Konzeptentwicklung rund 18 Monate. Die Zeit für die Aushandlung des Auftrages und die Vereinbarung des Vertrages ist hier nicht berücksichtigt. Die Dauer war im konkreten Fall auch dem Umstand geschuldet, dass die Konzeptentwicklung das Forschungsprojekt für die Abschlussarbeit in einem zweijährigen Masterstudium Soziale Arbeit darstellte. Die Konzeptentwicklung kann

auch in einem kürzeren Zeitraum erfolgen, grundsätzlich muss jedoch bedacht werden, dass Bürger*innenbeteiligung zeitintensiv ist. Für die spätere Umsetzung des Konzeptes muss ebenfalls Zeit eingeplant werden.

10.4.2 Finanzielle Mittel

Die Kosten für die Forschung müssen je nach konkretem Auftrag und erwartetem Aufwand ausverhandelt werden. Daneben fallen noch Kosten für die Bewerbung, Organisation und Durchführung der partizipativen Verfahren an.

10.4.3 Forscher*innen

Die Forscher*innen müssen über die nötigen Kompetenzen verfügen, um ein Konzept mit Beteiligung der Bürger*innen zu entwickeln. Die Personen sollten daher Wissen und Erfahrung in folgenden Bereichen mitbringen:

- Sozial- und Gesundheitswesen
- Partizipative Verfahren zur Beteiligung von Bürger*innen und der Öffentlichkeit
- Angewandte, empirische Sozialforschung, speziell partizipative Forschung
- Netzwerken, um Zugang zu den relevanten Stakeholdern herzustellen

Aus dem Konzept müssen danach die Schritte für die Umsetzung abgeleitet und geplant werden. Rechtliche und politische Rahmenbedingungen, die sich immer wieder ändern können, müssen berücksichtigt werden. Es muss überlegt werden, ob in der Gemeinde die Ressourcen vorhanden sind, dies selbst umzusetzen oder ob damit wieder Expert*innen beauftragt werden sollen. Mögliche Forscher*innen mit der nötigen Expertise, um ein Konzept für ein Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung zu entwickeln, können beispielsweise über Fachhochschulen, Universitäten oder die Gesundheit Österreich GmbH angesprochen werden.

Literatur

Bergold, Jarg & Thomas, Stefan (2012): Partizipative Forschungsmethoden: Ein methodischer Ansatz in Bewegung. In: Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research. Vol. 13, No 1, Art. 30, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1201302> [10.06.2017].

Burzan, Nicole (2016): Methodenplurale Forschung. Chancen und Probleme von Mixed Methods. Weinheim / Basel: Beltz Juventa.

Cook, Tina (2012). Where Participatory Approaches Meet Pragmatism in Funded (Health) Research: The Challenge of Finding Meaningful Spaces. In: Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research. Vol. 13, No 1, Art. 18, <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs1201187> [12.01.2018].

Creswell, John W. (2009): Research Design. Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches. 3. Auflage, Los Angeles u.a.: Sage.

D'Cruz, Heather / Jones, Martyn (2014): Social Work Research in Practice. London u.a.: Sage.

Donk, Cyrilla van der / Lanen, Bas van / Wright, Michael T. (2014): Praxisforschung im Sozial- und Gesundheitswesen. Bern: Hans Huber.

IFSW – International Federation of Social Workers (2014): Global Definition of Social Work. <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work/> [10.06.2017].

Flick, Uwe (2008): Design und Prozess qualitativer Forschung. In: Flick, Uwe / Kardoff, Ernst von / Steinke, Ines (Hg.) (2008): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 6. aktualisierte Auflage, Reinbek: Rowohlt, 252–264.

Lamnek, Siegfried / Krell, Claudia (2016): Qualitative Sozialforschung. 6., überarbeitete Auflage, Weinheim / Basel: Beltz Verlag.

Lorenz, Walter (2016): Reaching the Person – Social Work Research as Professional Responsibility. In: European Journal of Social Work. Vol. 19, Issue 3-4, 455–467.

Straßburger, Gaby / Rieger, Judith (2014): Partizipation kompakt – Komplexe Zusammenhänge auf den Punkt gebracht. In: Straßburger, Gaby / Rieger, Judith (Hg.): Partizipation kompakt. Für Studium, Lehre und Praxis Sozialer Berufe. Weinheim / Basel: Beltz Juventa, 230-240.

Unger, Hella von (2012): Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran? In: Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research. Vol. 13, No 1, Art. 7. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs120176> [10.06.2017].

Unger, Hella von (2014): Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis. Wiesbaden: Springer VS.

Wright, Michael T. (2013): Was ist Partizipative Gesundheitsforschung? Positionspapier der International Collaboration for Participatory Health Research. In: Prävention und Gesundheitsförderung. Vol. 8, Issue 3, 122–131.

Wright, Michael T. / Block, Martina / Kilian, Holger / Lemmen, Karl (2013): Förderung von Qualitätsentwicklung durch Partizipative Gesundheitsforschung. In: Prävention und Gesundheitsförderung. Vol. 8, Issue 3, 147–154.

11 Methoden

Neben den verwendeten Methoden der Recherche, Datenerhebung und Datenanalyse, die man üblicherweise in einem solchen Kapitel erwarten kann, werden im Folgenden auch Prozesse und Verfahren dargestellt, die für die erfolgreiche Durchführung eines Forschungsprojektes mit vielen Beteiligten erforderlich sind. Dazu gehören neben dem Zusammenfinden als Forschungsgruppe und der Entwicklung eines gemeinsamen Projektplanes auch die Projektkommunikation. Für die Innovationsforschung stellen außerdem die Konzeptentwicklung und -bewertung wichtige Prozessschritte dar, die entsprechend beschrieben werden. Die verwendeten Methoden werden zunächst allgemein vorgestellt und dann die konkrete Anwendung und Anpassung im Forschungsprojekt GeSo Orth beschrieben.

11.1 Gemeinsame Projektlogik entwickeln und Teambuilding

Magdalena Seidl



Abbildung 31: Herausforderungen des Masterprojekts; Quelle: Eigene Darstellung

Für eine erfolgreiche Durchführung eines (Forschungs-)Projekts spielt der Teamgeist eine große Rolle. Jede*r Mitarbeiter*in hat andere Fähigkeiten, Ansprüche, Interessen und bringt unterschiedliches Vorwissen mit. Diese personellen Ressourcen gilt es herauszufinden und gezielt einzusetzen.

Die ersten Projektstunden werden deshalb primär dem Kennenlernen untereinander, der personellen Ressourcenstrukturierung und der Entwicklung eines gemeinsamen Projektverständnisses gewidmet. Das Forschungsteam des GeSo Orth verwendete hierfür einfache Flipcharts auf denen die jeweiligen Teilnehmer*innen sich und ihre bisherigen Forschungserfahrungen vorstellten.

Zur inhaltlichen Planung, Motivations- und Prozessgestaltung wurde die Methode „Dragon Dreaming“ angewandt, welche folgend näher erläutert wird.

11.2 Dragon Dreaming

Magdalena Seidl

„Dragon Dreaming“ (Übersetzt „Drachen träumen“) ist eine Methode der gemeinschaftsorientierten Prozessgestaltung und wurde von John Croft und Vivienne H. Elanta an der *Gaia Foundation* in Australien entwickelt.

„Dragon Dreaming ist von Einsichten der Chaos- und Komplexitätstheorie, der Systemtheorie und uralten Weisheiten der Aborigines inspiriert. Die Anwendung will Aspekte wieder verbinden, die kulturgeschichtlich getrennt wurden: Unsere linke und rechte Gehirnhälfte, Logik und Intuition, das Individuum und die Umwelt, das Denken und Tun, Arbeit und Spiel. Dragon Dreaming setzt auf Kooperation und die Kraft der Gemeinschaft.“ (DragonDreaming 2017).

Jeder Mensch hat seinen Drachen. Sie lauern außerhalb der sogenannten „Komfortzone“ in den angsteinflößenden, herausfordernden „Gefahrenzonen“, und wir haben meist gute Mittel und Wege gefunden, sie nicht zu wecken. Sprich, wir tun Dinge bei denen wir uns sicher fühlen, die wir gelernt haben, die wir steuern können. Sich neuen Herausforderungen zu stellen, bedeutet jedoch auch, sich von alten (Denk-) Mustern zu verabschieden, um neue Ideen und Träume wahr werden lassen zu können. Wir müssen lernen „mit dem Drachen zu tanzen“ – am besten mithilfe eines Projekts!

„Ein Projekt ist eine Möglichkeit, die du vorwärts (pro) in die Zukunft wirfst (jekt) – und dann handelst du um diese Möglichkeit zu erreichen. Bei jedem Schritt den du machst, gehst du sicher, dass du auf dem Weg bist, und korrigierst wohin du gehst. Einige Projekte sind wirklich groß und kompliziert. Andere sind klein. Jeder Tag deines Lebens kann ein Projekt sein. Jedes Projekt hat das gleiche Muster.“ (DragonDreaming 2017)

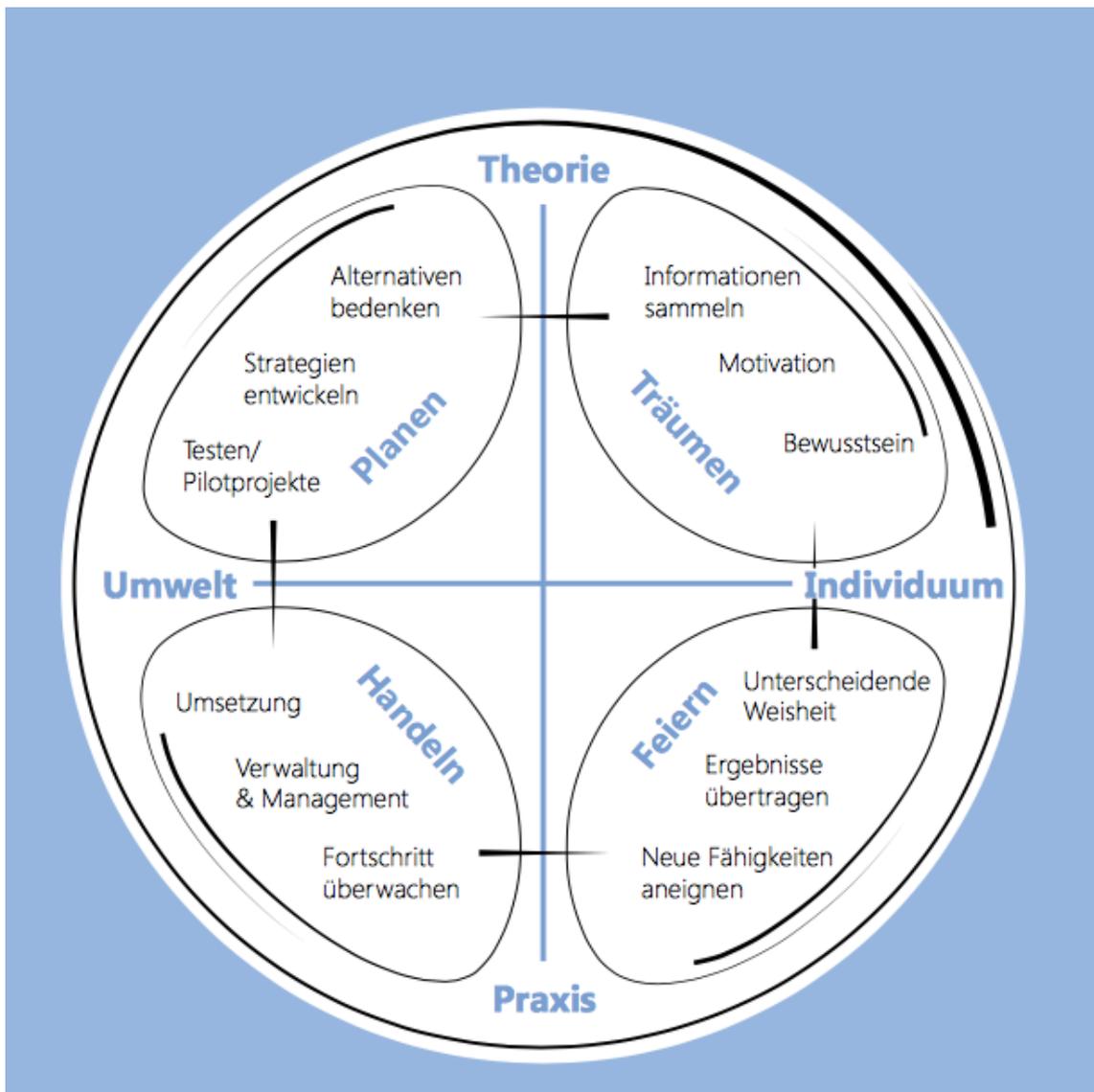


Abbildung 32: Das Projektrad; Quelle: Koglin et al (2017:11)

Im Dragon Dreaming werden vier Phasen eines Projektes innerhalb eines „Projektrads“ beschrieben. Träumen – Planen – Handeln – Feiern. Alle vier Quadranten sind wichtig, um ein Dragon Dreaming-Projekt nachhaltig zu verankern.

In der Projektphase I, dem Träumen stellt sich das Projektteam die Frage: „Wie müsste das Projekt beschaffen sein, damit ich hinterher sagen kann – besser hätte ich meine Zeit nicht verbringen können?“ Alle Teilnehmer*innen sollen die Gelegenheit bekommen herauszufinden, was ihnen wichtig ist, und diese Bedürfnisse (so schwierig es auch ist) den anderen mitzuteilen. Während diese Wünsche formuliert werden, kristallisiert sich auch heraus, was nötig ist, um eine hundertprozentige Identifikation des Projektteams mit dem Projekt zu erreichen. Widersprüche in den Träumen dürfen nebeneinander existieren, es darf auch Unrealistisches, Unwahrscheinliches ausgesprochen werden,

solange es positiv formuliert wird. Beispielsweise versteht sich das Projektteam auch nach der Masterprüfung noch so gut, dass sie gemeinsam in den Urlaub fahren. Anstatt den Fokus auf den riesigen Berg an Arbeit zu richten, entsteht eine gemeinsame Teamenergie, die für den weiteren Projektverlauf bedeutend ist. Die Träume werden von einem*r Protokollant*in auf einer Flipchart gesammelt.

Die vorherrschende Motivation gleich nutzend, geht man über zur Projektphase II, dem Planen. Hier gilt es Ziele zu setzen. „Ein Ziel ist definiert als begrenzte, erreichbare, zukünftige Bedingung, die handlungsorientiert ist.“ (DragonDreaming 2017) Dafür werden 30 Klebezettel durch die Zahl der anwesenden Personen geteilt und jede*r erhält die entsprechende Anzahl ausgeteilt. Die Gruppe liest noch einmal ihre Träume durch und stellt sich dann die Frage „Was muss zuerst getan werden, damit dieser Traum wahr wird?“. Anschließend werden die Ideen auf die Klebezettel geschrieben und wiederum nach den Kategorien Träumen, Planen und Handeln auf einer Flipchart gesammelt und sortiert. Die Frage „Welches Teilziel würde helfen, alle Zielvereinbarungen und hundertprozentig unserer Träume zu verwirklichen?“ kann bei der Suche nach Oberzielen helfen.



Abbildung 57: Dragon Dreaming; Quelle: Eigene Fotografie

Ohne Projektphase III, „Handeln“, bleibt die Projektidee nichts als ein Luftschloss und läuft Gefahr, als Vision in der Luft hängen zu bleiben. Es gilt, den Projektplan zu füllen, voranzuschreiten, Schritte zu korrigieren, Chaos kreativ nutzen zu lernen und vor allem: in all dem Auf und Ab zusammenzuhalten. Gelingt es der Gruppe hier „mit dem Drachen zu tanzen“, kann laut dem Dragon Dreaming-Konzept eine Stille entstehen, die das Projektteam einen Schritt näher an die Urteilslosigkeit bringt (vgl. Koglin et al 2017: 24-25) Doch: „Es ist die Bedeutung des Feierns, die das Dragon Dreaming von vielen anderen Projektmanagement Werkzeugen unterscheidet. Hier ist Feiern nicht eine Aufgabe des lauten Extrovertierten, sondern eher Teil von Besinnung, Dankbarkeit und Anerkennung.“ (Koglin et al 2017:26) In dieser vierten Projektphase können kleine und größere Erfolge der Projektgruppe gewürdigt und die interne Motivation gefördert werden. Es wird Raum für Austausch und gegenseitige Unterstützung geschaffen und die Freude am gemeinsamen Arbeiten verstärkt.

11.3 Projektplan

Magdalena Seidl

Als Strukturierungshilfe und wichtiges Instrument zur Überprüfung des Forschungsstands, nutzten wir einen Projektplan welcher im Anhang exemplarisch zu finden ist (siehe Anhang).

Der Projektplan wird zirkulär behandelt, das heißt er wird ständig durch neue Erkenntnisse und Methoden verändert, aktualisiert und angepasst. Er ist nicht linear und ebenso wenig statisch in seiner Vorgehensweise. Er dient der Strukturierung, Planung und Überprüfung der in Kapitel 10 (siehe dort) beschriebenen Forschungsschritte, legt Meilensteine fest und schafft somit auch einen zeitlichen Ablaufplan, an dem sich alle Mitarbeitenden des Projekts orientieren können.

11.4 Literaturrecherche

Sarah Maria Laminger

Die Literaturrecherche ist für wissenschaftliches Arbeiten bzw. Forschungsprojekte grundlegend. Damit wird zu Beginn gestartet und hat ihr Ende bei der Verschriftlichung

der Ergebnisse bzw. beim Verfassen des Projektberichts. Sie ermöglicht einen Einblick in den aktuellen Diskurs zu einem bestimmten Thema. Zudem zeigt sie auf, wer, wann und wie über das Thema geschrieben und / oder geforscht wurde. Was als Vorteil – da die bisherigen durchgeführten Forschungen und deren Ergebnisse berücksichtigt werden können – bei Forschungsprojekten oder Ideenumsetzungen gesehen werden kann, ist im wissenschaftlichen Arbeiten und Forschen *state of the art*, d.h. ohne Literaturrecherche kein wissenschaftliches Arbeiten nach aktuellen Qualitätsstandards. Bei der Literaturrecherche werden unterschiedliche Quellen miteinbezogen wie Monographien, Sammelwerke, Fachzeitschriften, Internetquellen, Statistiken, weitere quantitativ oder qualitativ erhobene Forschungsdaten, „graue“ Literatur (Publikationen, die nicht über den Buchhandel vertrieben wurden bzw. Daten, die nicht freigegeben sind wie z.B. Flyer) etc. (vgl. Sandberg 2017:68-69; Bellanger 2015:246).

Es werden zwei methodische Herangehensweisen bei der Umsetzung der Literaturrecherche unterschieden. Zum einen das Schneeball- bzw. Lawinensystem. Bei dieser Strategie kommt bei geringem Ausgangswissen schnell und viel Literatur zusammen. Zentrale Hauptwerke bilden die Ausgangslage. Die Literaturverzeichnisse dieser Werke ergeben weiterführende Quellen und so geht das Prinzip bei den neugefundenen Quellen weiter (vgl. Kornmeier 2016:84; Bellanger 2015:246). Zum anderen bietet die systematische Suche eine Möglichkeit, um an Literatur für die eigene Forschung zu gelangen. Diese Methode ist im Vergleich zum Schneeballsystem aufwendiger. Es wird gezielt nach Quellen zu einem bestimmten Thema in unterschiedlichen Medien gesucht. Hierfür dienen verschiedene Datenbanken von Bibliotheken, Fachzeitschriften, Sammelwerke usw. Bei passenden und ansprechenden Titeln wird durch einen Blick in das Inhaltsverzeichnis und das Querlesen von passenden Kapiteln jene Literatur ausgewählt die für die eigene Forschung relevant ist (vgl. Kornmeier 2016:86; vgl. Bellanger 2015:246).

11.5 Sozialraumerhebung

Die Sozialraumerhebung bzw. die Erkundung des Sozialraums (siehe Kapitel 2.6) ist ein weiterer Schritt nach der Literaturrecherche, um einen Einblick in das zu beforschende Feld und die Thematik zu erlangen (vgl. Legewie 1996:192). Unter dem Begriff „**Feld**“ wird der beforschte Raum verstanden. Das Feld kann je nach Forschungsfrage differenzierte Größen und Räumlichkeiten annehmen. Es kann sich um geschlossene

Räumlichkeiten wie eine Schule, ein Krankenhaus, ein Gefängnis oder um offene Bereiche wie öffentliche Plätze, ein Dorf bzw. eine/n Stadt(teil), Region etc. handeln.

Der Sozialraum beherbergt viele Informationen, Ressourcen, Netzwerke etc., was für eine Forschung von großer Bedeutung ist. Der stadtethnologische Klassiker von William Whyte (1936), „*Street Corner Society: The Social Structure of an Italian Slum*“, zeigt eine kreative und lehrreiche methodische Vorgehensweise in der Frage, wie Menschen sich den Sozialraum aneignen. Die zentrale Herangehensweise ist das In-Kontakt-treten mit Menschen, die in einem definierten Sozialraum leben sowie der Besuch von öffentlichen Hot-Spots wie Gasthäusern bzw. Lokalen, Kirchen, Vereinen etc. „Sein entscheidendes Erfolgsrezept waren die persönlichen Beziehungen, die er knüpfte.“ (Früchtel et al. 2013:108) Mit seiner Forschung hat er einen wesentlichen Beitrag für zukünftige Erkundungen von Stadtteilen und Netzwerken geliefert. Dieser stadtethnologische Klassiker von Whyte gehört der *Chicago School of Urban Sociology* an, deren Motto lautete: „Go everywhere, see everything, overhear everyone, aber mach es so, dass du nicht auffällst, und versuche nicht, den Leuten etwas beizubringen.“ (Lindner 2004:114; zit.n. Früchtel et al. 2013:110). Bei der Erkundung eines Sozialraumes empfiehlt es sich alles anzusehen, mit Personen in Kontakt zu treten und vor Ort zu sein. Ein Vorteil der Methode ist, dass sie sehr flexibel in der Umsetzung ist. Wie der Sozialraum erkundet werden kann, dafür gibt es unterschiedliche Methoden und Zugänge, die in unterschiedlichen Kombinationen durchgeführt werden können (vgl. Früchtel et al. 2013: 105).

Der Vorteil bei der Verwendung mehrerer Methoden ist, dass durch mehr Informationsmaterial und / oder Daten die Perspektive erweitert wird. Der Nachteil einer angehäuften Datenflut kann darin bestehen, dass deren Reduzierung schwerfällt und der fokussierte Blick auf die Forschungsfrage verloren geht. Daher empfiehlt es sich, den Projektplan während der Forschung immer wieder durchzugehen und gegebenenfalls zu evaluieren. Der Projektplan wird zirkulär behandelt, d.h. er kann durch neue Erkenntnisse und die Anwendung neuer Methoden verändert und angepasst werden. Er ist weder linear noch statisch (siehe auch Kapitel 11.3).

Im Folgenden werden ausgewählte Methoden – Begehung, teilnehmende Beobachtung, Umwelt- bzw. Netzwerkanalyse, Recherche von Informationen, Befragungsmethoden – der Sozialraumanalyse näher beschrieben. Diese Methoden wurden von uns angewendet, um den Sozialraum „Orth an der Donau und Umgebung“ besser kennen

und verstehen zu lernen. Da jeder Sozialraum anders ist, wird die Anwendung weiterer Methoden mit Verweis zur entsprechenden Literatur angegeben.

Forscher*innen, die sich bei der Erkundung eines Sozialraums unsicher fühlen, können Roland Girtlers (2001) „10 Gebote der Feldforschung“ als Orientierungshilfe dienen. Neben Respekt gegenüber den Gastgeber*innen, dem Feld, in dem ich mich bewege und den Menschen, die ich nicht nur als Datenlieferant*innen ansehen soll, wird auch empfohlen, durch das Anlegen eines Forschungstagebuchs selbstkritisch zu sein, um später unvoreingenommen darüber berichten zu können. Des Weiteren ist es wichtig unvoreingenommen zu sein, nicht nach den eigenen Grundsätzen zu urteilen – Forscher*innen sind keine Richter*innen, sondern Zeug*innen (vgl. Girtler 2001:183-190)!

11.5.1 Sozialraumbegehung

Die Begehung ist eine Möglichkeit sich einem unbekanntem Sozialraum zu nähern. Sie dient dazu, sich vor Ort ein Bild davon zu machen, wie die derzeitige Situation ist. „Im Mittelpunkt der Felderkundung steht das Herausfinden der sozialen Wirklichkeit der Menschen selbst.“ (Früchtel et al. 2013:106) Die soziale Wirklichkeit kann durch verschiedenen Herangehensweisen an die Begehung kennengelernt werden. Es bietet sich die Möglichkeit, wahllos durch die Straßen zu spazieren, sich an einem belebten Ort niederzulassen und zu beobachten, eine geführte Tour mitzumachen, das Feld mit dem passenden Plan zu erkunden und vieles mehr (vgl. Früchtel et al. 2013:105-107).

Weitere Techniken, wie eine Begehung des Feldes von Statten gehen kann, werden in verschiedenen Werken zur qualitativen Forschung dargelegt. Frank Früchtel, Wolfgang Budde und Gudrun Cyprian schlagen in ihrem Werk „Sozialer Raum und Soziale Arbeit“ (2013) weitere Methoden wie etwa die Autofotografie, die subjektive Landkarte, die Nadelmethode, die Erkundung gemeinsam mit Stadtteilexpert*innen und Fragetechniken vor. Methoden, die die Zusammenarbeit mit Personen eines Stadtteils bzw. spezifischen Netzwerks voraussetzen, sind etwa das Cliquenraster und das Cliquenportrait, der Weitwinkelscan, die Checkliste zur Stadtteilbeschreibung oder die Beobachtung. Letztere Vorgehensweisen müssen im Vorfeld geschehen oder entstehend nicht in direkter Zusammenarbeit mit den Akteur*innen vor Ort (vgl. Früchtel et al. 2013:103-178).

Bei der Sozialraumbegehung empfiehlt es sich, zu Dokumentationszwecken einen Fotoapparat oder ein Smartphone mit Kamera mitzuführen, um die ersten Eindrücke durch Fotos festzuhalten.

GeSo Orth

In Orth an der Donau wurde eine Sozialraumerkundung mittels Einteilung der Gemeinde in Zonen durchgeführt. Im ersten Schritt wurde eine Landkarte von Orth herangezogen. Der Auftraggeber hat hierfür das Material besorgt. In vielen Gemeinden gibt es für Touristen Ortskarten, diese sind völlig ausreichend für die Einteilung und Erkundung der Gemeinde. Diese Karte wird je nach Größe des Ortes in Zonen unterteilt. Die Forscher*innen teilen die zu begehenden Zonen gleichmäßig untereinander auf. In diesem Fall gab es drei Zonen zu je zwei Personen.

Bevor sich die einzelnen Gruppen auf den Weg machten, wurde ein Zeitraum für die Dauer der Begehung festgelegt. Während der Begehung der einzelnen Zonen wurde sehr aufmerksam beobachtet, und wenn eine Kamera vorhanden war, wurden erste Eindrücke mit Fotos festgehalten. Wenn sich bei der Sozialraumbegehung die Gelegenheit ergab, mit örtlichen Personen in Kontakt zu treten, wurde diese ohne Weiteres genutzt. Diese informellen Gespräche (siehe Kapitel 11.5.4) beinhalten viele Informationen, die einen ersten Überblick vom Feld vermitteln. Nachdem die Zone erkundet worden war, traf sich die Forschungsgruppe am vereinbarten Platz und besprach und reflektierte die Erkenntnisse. Im Anschluss wurde ein Protokoll erstellt, das der später erfolgenden Datenauswertung diene.



Abbildung 58: Orth an der Donau, Sozialraumbegehung Laminger 2016



Abbildung 59: Orth an der Donau, Sozialraumbegehung, Auer 2016

11.5.2 Teilnehmende Beobachtung

Die teilnehmende Beobachtung kann als fokussierte Begehung gesehen werden. Mit der Begehung wird ein umfassender Eindruck vom gesamten Feld eingeholt oder in anderen Worten ausgedrückt, eine Übersichtsbeobachtung (vgl. Flick 2016: 286-287, 297-298). Mit der teilnehmenden Beobachtung wird ein bestimmtes Phänomen bzw. Ereignis und/oder ein gezielter Bereich des Feldes in den Fokus genommen. Unter diesem Gesichtspunkt wird das Feld für den Zeitraum der Datenerhebung begrenzt. Zudem dient die Methode teilnehmender Beobachtung dazu um festzustellen, wie Routinen bzw. alltägliche Abläufe tatsächlich funktionieren und gehandhabt werden (vgl. Flick 2016:281-282).

Die teilnehmende Beobachtung weist nach Uwe Flick (2016:283) vier Formen auf, die sich in der praktischen Ausführung unterscheiden:

- der/ die vollständige Teilnehmer*in
- der/die Teilnehmer*in als Beobachter*in
- der/die Beobachter*in als Teilnehmer*in
- der/die vollständige Beobachter*in

Das Charakteristikum der „vollständigen Teilnahme“ ist, dass der*die Forscher*in Teil des beobachteten Geschehens wird. Im diametralen Gegensatz dazu steht die „vollständige Beobachtung“; in dieser Rolle bleibt der*die Forscher*in vom beobachteten Feld vollkommen distanziert. Das bedeutet nicht, dass er*sie sich außerhalb des Forschungsfeldes befindet, sondern dass er*sie am beobachteten Phänomen / Ereignis idealerweise nicht bzw. situationsbedingt minimal teilnimmt. Durch die Distanz zum Feld soll eine Beeinflussung durch die Anwesenheit des*der Forscher*in minimiert werden (vgl. Flick 2016:283).

In der Regel werden bei einer Feldforschung mehrere Beobachtungsformen angewendet, da es immer auf den Kontext ankommt, in dem gerade beobachtet wird. Zudem sind die Mischformen in der Praxis eine optimale Zwischenlösung, da es sich im Feld kaum umsetzen lässt, nur Beobachter*in oder nur Teilnehmer*in zu bleiben. Bei den Mischformen „Teilnehmer*in als Beobachter*in“ und „Beobachter*in als Teilnehmer*in“ verhält es sich ähnlich, und es sind diese beiden Formen, die in der Datensammlung meist schwerpunktmäßig zum Einsatz kommen (vgl. Brüsemeister 2008:72-73; vgl. Flick 2016:287).

Unabhängig davon, in welcher Form die teilnehmende Beobachtung durchgeführt wird, ist zu beachten, dass sich der*die Forscher*in während der gesamten Phase der Datenerhebung in einer Dreieckssituation befindet, die nicht nur räumlich, sondern auch zeitlich getrennt sein kann und meist auch ist. Thomas Brüsemeister (2008), Professor für Soziologie, weist auf diese Dreieckssituation hin und benennt sie als Feldsituation, Datenerhebungssituation und Textsituation (vgl. Brüsemeister 2008:74). In diesem Zusammenhang spielt die Reflexion des*der Forscher*in eine große Rolle, vor allem wenn es um das Interpretieren und Verschriftlichen der Daten geht. Der*die Forscher*in muss sich über seine*ihre Involviertheit während der teilnehmenden Beobachtung bewusst sein und gegebenenfalls die eigene Über-Ich-Perspektive mituntersuchen. Das heißt, es wird im späteren Verlauf die eigene Person in der Feldsituation aus einer Außenperspektive reflektiert. Die Distanz zur Situation soll ermöglichen, später objektiv über diese berichten zu können (vgl. Brüsemeister 2008:74-75).

11.5.3 Projektumweltanalyse

Sandra Herold

Alle für das Projekt relevanten Akteur*innen, die auch als Stakeholder bezeichnet werden, können in einer Projektumweltanalyse dargestellt werden. Hierbei handelt es sich u.a. um Personen, Gruppen und Organisationen, die mit dem Projekt in Zusammenhang stehen, darauf Einfluss nehmen oder betroffen sind. Ziel ist es, die Projektumwelt zu analysieren, Kooperationspartner*innen und potentielle Konfliktpartner*innen ausfindig zu machen und diese fortlaufend im Blick zu behalten. Die Methode der Projektumweltanalyse ist kein statisches Instrument, denn sie sollte im Rahmen des Projektverlaufs ständig überwacht und gegebenenfalls angepasst werden (vgl. Schreckeneder 2013:184-185). Es gibt unzählige Möglichkeiten, die Informationen grafisch aufzubereiten: handschriftlich auf Papier bis hin zu speziellen EDV-Programmen und Online-Anwendungen.

Um die Stakeholder ausfindig zu machen, können folgende Fragestellungen helfen:

- Wer hat Einfluss auf das Projekt?
- Wer ist am Projekt beteiligt?
- Wer ist von den Auswirkungen betroffen?
- Wer hat Interesse am Ausgang des Projekts? (vgl. Projektmagazin o.A.)

GeSo Orth:

Für die Projektumweltanalyse in Orth an der Donau wurde zuerst ein Brainstorming durchgeführt und alle Stakeholder auf Papier namentlich festgehalten. Danach wurde die Liste mithilfe einer Internet-Recherche, insbesondere auf der Website der Gemeinde sowie aufgrund der Sozialraumbegehung ergänzt. Die Projektumweltanalyse diente in der Folge als Grundlage für die Entscheidung, welche Personen zu Expert*innen-interviews eingeladen wurden.

Auf Grund der hohen Anzahl der einzelnen Stakeholder wurden alle relevanten Akteur*innen in Gruppen eingeteilt. Es wird unterschieden zwischen regionalen Stakeholdern in Orth an der Donau und Umgebung und überregionalen Stakeholdern auf Landesebene. Außerdem wurde die Vielzahl an Vereinen in eine Gruppe zusammengefasst, ebenso die medizinischen und sozialen Dienstleister. Im Laufe des Projekts erweiterte sich die Liste fortlaufend, und es zeigte sich im Forschungsprozess, dass die Gemeinde Orth an der Donau über eine große Anzahl an Vereinen und Dienstleistern im Gesundheits- und Sozialbereich verfügt. Manche Strukturen wie z.B. die psychosoziale Versorgung, Beratungsstellen, die medizinischen stationären Einrichtungen, die Angebote für Menschen mit Behinderungen usw. finden sich jedoch nur auf überregionaler Ebene oder in den umliegenden Städten.



Abbildung 60: Projektumweltanalyse Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung

11.5.4 Recherche von Informationen, Sekundärdaten

Sarah Maria Laminger

Im weiteren Verlauf des Forschungsprojekts wird die Recherche über die Literatursuche hinaus erweitert. Informationen rund um das Forschungsthema und das Feld sind relevant und müssen erhoben werden. Es wird nach demographischen, sozialen, rechtlichen, wirtschaftlichen etc. Informationen zu dem Gebiet, auf dem geforscht wird, Material recherchiert, das einen besseren und vertiefenden Einblick in die aktuelle Situation schafft. Zur Veranschaulichung der Vorgehensweise wird das Fallbeispiel Orth an der Donau herangezogen. Eine Vielzahl an Daten zu Orth an der Donau spielen für das Projekt eine Rolle, angefangen bei der Einwohner*innenzahl und der Fläche der Gemeinde über deren medizinische Versorgung bis hin zu den in der Gemeinde und bei der Bevölkerung vorhandenen Ressourcen.

Zusätzlich werden **Sekundärdaten** erhoben. Sekundärdaten sind im Gegensatz zu Primärdaten verfügbare empirische Ergebnisse aus bereits abgeschlossenen Forschungsstudien. Bei Primärdaten handelt es sich um eigens durchgeführte Forschungsprojekte (vgl. Kornmeier 2016:67). Im Zuge der Sekundärdaten-Recherche sind Ergebnisse aus ähnlichen Datenerhebungen zu diesem Thema relevant. Es bietet sich die Möglichkeit, bereits vorhandene Daten zu verwenden, wodurch Zeit und Kosten eingespart werden können (vgl. ebd.).

11.5.5 Befragungsmethoden

Die verschiedenen Techniken der Befragung sind ein sehr vielseitiges Instrument der qualitativen Forschung. Die Befragungsverfahren ermöglichen ein spezifisches Ermitteln von Daten, Fakten, Insider-Wissen bzw. Expert*innen-Wissen über eine Gruppe, zu einem Thema eines Feldes. Sie ist als Erhebungsmethode universell einsetzbar.

Das Interview ist die gängigste Form der Befragung (vgl. Brüsemeister 2008:15). Daneben können Gruppendiskussionen und Fokusgruppen als Befragungsvarianten eingesetzt werden. Die Methodik des Interviews bietet sich vorzüglich an, um z.B. die subjektiven Meinungen und die Haltung einer Person innerhalb des Forschungsinteresses in Erfahrung zu bringen und sichtbar zu machen. In der qualitativen

Sozialforschung ist das (teil-)standardisierte oder offene Interview eine weitverbreitete Methode. Der Unterschied zwischen dem standardisierten / geschlossenen, teilstandardisierten und offenen Interview liegt in der Art seiner Führung. Das standardisierte / geschlossene Interview orientiert sich bei der Befragung an stets in der gleichen Reihenfolge gestellten, vorgefertigten Fragen, die kaum bis keinen Spielraum während des Interview offenlassen. Das Gegenteil davon ist die offene Interviewform. Das „offene“ unterscheidet sich vom „geschlossenen“ Interview darin, dass es von der interviewenden Person aktives Zuhören, Fragen und Nachfragen verlangt (vgl. Bargatzky 1997:181-182; Früchtel et al. 2013:297-300; Hopf 2006:180). Bei dieser Herangehensweise wird meist eine offen formulierte Einstiegsfrage vorgegeben, die das Gegenüber zum Erzählen animiert. Zwar sind beim strukturierten Interview die Fragen vorgegeben, aber die Antworten sind frei wählbar und bleiben ganz dem*der Befragten überlassen. Zwischen den beiden Extremen von standardisiertem und offenem Interview befindet sich das teilstandardisierte Interview. Diese Mischform verhält sich in der Anwendung relativ flexibel. „Die Forscher [sic!] orientieren sich an einem Interview-Leitfaden, der jedoch viele Spielräume in den Frageformulierungen, Nachfragestrategien und in der Abfolge der Fragen eröffnet.“ (Hopf 2006:351) Es gibt eine Vielzahl an Interview-Anwendungen, die nicht offen oder geschlossen durchgeführt werden müssen. Diese Formen sind nicht als statisch zu betrachten, sie können auch in Kombinationen verwendet werden, standardisiert, teilstandardisiert oder offen (vgl. Hopf 2006:352-354). Ob ein Interview (teil-)standardisiert oder offen durchgeführt werden soll, hängt vom Ziel des Interviews und vom Gegenüber ab. Im Folgenden wird näher auf das Leitfadeninterview, das Expert*inneninterview und auf das informelle Gespräch eingegangen, da diese Methoden im Fallbeispiel Orth an der Donau zur Anwendung kamen.

Das Leitfadeninterview

Interview ist nicht gleich Interview. Das Leitfadeninterview ist eine Form des teilstrukturierten Interviews und flexibel in der Durchführung. Es unterstützt das gezielte Sammeln von Informationen zu einem bestimmten Thema. Im Fall eines Leitfaden-Interviews wird die Strukturierung durch den*die Forschende*n vorgegeben, der*die Befragte*n hat wenig bis gar keine Möglichkeit den Gesprächsverlauf mitzubestimmen (vgl. Misoch 2015: 65). Den Personen sollte dennoch Raum und Zeit zur Verfügung gestellt werden, sich außerhalb der vorbereiteten Fragen zu äußern.

Bei einem Leitfaden-Interview arbeiten die Interviewer*innen mit vorab erstellten Fragen, die im Rahmen des Interviews abgefragt werden. Der Leitfaden im Interview fungiert

somit als „roter Faden“ und hat nach Sabina Misoch (2015:66) unter anderen folgenden Funktionen:

- er setzt den Fokus und gibt das Thema vor, innerhalb dem man sich bewegt
- Hilfestellung für den*die Interviewer*in, da der Leitfaden wichtige Themenkomplexe, die abgefragt werden müssen, beinhaltet
- Daten können besser verglichen und ausgewertet werden
- strukturiert den Kommunikationsprozess

Obwohl im Leitfaden-Interview Fragen und Themenkomplexe vorab bestimmt worden sind, müssen diese nicht in derselben Reihenfolge gestellt werden. Die Abfolge der Themenkomplexe kann nach eigenem Ermessen stattfinden. Zudem ist eine Abweichung der Fragen möglich, solange sie den Grundsätzen der qualitativen Forschung eines Interviews entspricht; z.B. sollten Fragen verständlich formuliert sein, nicht suggestiv erfolgen und sich vom alltäglichen Sprachniveau nicht entfernen (vgl. Froschauer / Lueger 2003; vgl. Misoch 2015).

Zu den teilstrukturierten Interviews, die einen Leitfaden verwenden, zählen nach Misoch (2015:66):

- problemzentrierte Interviews
- themenzentrierte Interviews
- fokussierte Interviews
- Tiefeninterviews
- Diskursive Interviews
- ethnographische Interviews
- Experteninterviews
- Convergent Interviewing

Welcher Interviewtyp konkret zum Einsatz kommt, hängt vom Forschungsprojekt und der zu beantwortenden Forschungsfrage ab.

Expert*inneninterview

„Experteninterviews sind vom Begriff her nicht inhaltlich oder methodologisch bestimmt, sondern lediglich im Hinblick auf die Gruppe der zu interviewenden Personen.“ (Misoch 2015: 120) D.h. dass die Bezeichnung dieser Methode von der Zielgruppe, mit der das Interview geführt wird, abgeleitet wird. „Im Experteninterview selbst stehen die Interviewten nicht als individuelle Person im Vordergrund, [...] sondern als Funktionsvertreter und somit als spezielle Wissensträger.“ (Misoch 2015:121)

Ein*e Expert*in wird laut Duden (o.A.) als „Sachverständiger, Fachmann, Kenner“ definiert. Diese Person ist jemand, der*die über ein Fach- bzw. Spezialwissen verfügt.

Auf oder in dem Gebiet, wo er*sie tätig ist, ist er*sie sachkundig und hat Informationen, die über das Alltagswissen hinausgehen. Durch technische, wirtschaftliche und soziale Innovationen wurden und werden Spezialisierungen im Wissen begünstigt und bringen so Expert*innen auf ihrem Gebiet hervor (vgl. Bogner et al. 2014: 9-10; Bobens 2006; Misoch 2015).

Es muss eine Auswahl an Expert*innen bzw. Organisationen getroffen werden, die interviewt werden sollen. Im nächsten Schritt ist es empfehlenswert, sich über das Thema zu informieren und dazu zu recherchieren. Es sollte ein Basiswissen über das Thema, die Organisation und deren Vertreter*innen vorhanden sein (vgl. Misoch 2015:122; vgl. Bobens 2006).

Bei den Expert*inneninterviews wird der vorbereitete Leitfaden für die jeweiligen Expert*innen angepasst und leicht abgeändert. Nicht der Inhalt soll verändert werden, sondern die Fragen an den Bereich, in der die Expert*innen tätig sind, angepasst werden.

Im Forschungsprojekt Ort an der Donau wurde in der Forschungsgruppe ein Leitfaden erstellt, der Themenblöcke mit Fragen beinhaltet, die bei jedem Interview gestellt wurden. Die Reihenfolge und leichte Abänderungen im Hinblick auf den Bereich, in dem der/die Expert*in tätig ist, waren innerhalb dieses Leitfadens möglich. Insgesamt wurden 18 Expert*inneninterviews, im Zeitraum von April bis Juli 2017 mit Expert*innen inner- und außerhalb von Orth an der Donau geführt.

Leitfaden für die Expert*innenbefragung in Orth an der Donau	
Eckdaten	Institution, Funktion, Expert*in, Datum, Interviewer*in
Zugehörigkeit zu Orth an der Donau	Wohnhaft in Orth? Seit wann arbeiten Sie in Orth?
Struktur Orth an der Donau	Nennenswerte Einrichtungen und Institutionen? Was funktioniert gut? Wo gibt es Verbesserungsbedarf?
Bevölkerungsgruppe, die es schwer hat in Orth an der Donau	Welche? Warum? Was könnte wie verbessert werden?
fehlende Angebote in Orth an der Donau	<ul style="list-style-type: none"> ■ bezogen auf die eigene Zielgruppe, aus der der*die Expert*in kommt ■ andere Angebote unabhängig von der Zielgruppe
Gemeindezentrum nach Wunsch	Wie würde das Zentrum aussehen? Was würde es beinhalten? Wo würde es errichtet werden?

Beteiligung der Institution des / der Expert*in	Wenn ja, wie? Wenn nein, warum nicht?
Sozialprojekte, die gescheitert sind	Welche? Warum gescheitert?
Wichtige Personen/ Einrichtungen	An wen sollen wir uns noch wenden?
Sonstiges	weitere interessante Aussagen

Abbildung 61: Leitfaden Expert*inneninterview Forschungsgruppe GeSo Orth; Quelle: eigene Darstellung

Informelle Gespräche

Das informelle Gespräch ist eine weitere Datenerhebungsquelle, die forschungsrelevante Informationen zu Verfügung stellt. „Es dient zur kollektiven Erhebung von Meinungen, Anliegen und Forderungen der Teilnehmer_innen, anhand derer unter anderem der weitere gemeinsame Forschungsprozess konzipiert werden kann.“ (Wöhrer et al. 2017:107) Das informelle Gespräch unterscheidet sich von den Interviews darin, dass es unstrukturiert und zum Teil auch spontan stattfindet. Daher ist nicht immer eine angemessene Vorbereitung auf ein solches Gespräch möglich. Bei den informellen Gesprächen ist es außerdem wichtig, in welchen Kontext sie zustande kommen.

Bei informellen Gesprächen empfiehlt es sich im Anschluss ein Gedächtnisprotokoll zu verfassen, damit die erhaltenen Informationen aus dem Gespräch nicht in Vergessenheit geraten. Ein Gedächtnisprotokoll sollte folgende Punkte beinhalten: Datum, Zeit, Ort, Name der Verfasser*in und der Interviewer*in, sowie ihre Funktion, wenn diese bekannt ist. Oft hilft es im Nachhinein, die Ausgangssituation zu schildern, wie es zu diesem Gespräch gekommen ist. Des Weiteren werden alle vorhandenen Erinnerungen notiert und im Protokoll abgespeichert. Zudem können Notizen und Fragen hinzugefügt werden.

11.6 Strukturgeleitete Textanalyse nach Auer/Schmid

Mit der strukturgeleiteten Textanalyse stellen die beiden Sozialarbeitswissenschaftler*innen Katharina Auer-Voigtländer und Tom Schmid eine effiziente Methode zur systematischen Auswertung von großen qualitativen Datenmengen zur Verfügung. Im Forschungsprojekt „GeSo Orth“ wurde diese zur Analyse der geführten Expert*inneninterviews eingesetzt.

Voraussetzung für die Anwendung dieser Methode ist es, dass das qualitative Datenmaterial durch strukturierte Interviews erhoben wurde, weil der Leitfaden die Basis für die Auswertungsmatrix darstellt. Diese Methode bietet den Vorteil, dass eine große Menge an Datenmaterial ausgewertet werden kann (vgl. Auer-Voigtländer / Schmid 2017:130), da kein „[...] vollständiges Wortlaut-Transkript [...]“ (ebd.:131) notwendig ist.

Das Datenmaterial wird auf Basis vordefinierter Kategorien reduziert (ebd.:140). Vorab werden Schwerpunkte gesetzt, die festlegen, wo in die Tiefe gegangen und damit eine vollständige Transkription für die Auswertung notwendig ist. Die Schwerpunkte werden durch das Forschungsinteresse vorgegeben, an dem sich auch die Struktur des Leitfadens orientiert. Wenn aufgrund der Forschungsfrage(n) ein Interesse an den „Aussagen hinter den Aussagen“ (daran, was zwischen den Zeilen steht) besteht, empfiehlt es sich, eine andere Auswertungsmethode heranzuziehen. Die struktur-geleitete Textanalyse legt ihr Augenmerk auf die offenkundigen Aussagen des*der Interviewpartner*in und den direkten Wissenstransfer (vgl. ebd.:131). Mit dieser Methode können keine latenten, d.h. versteckte Inhalte erfasst werden. Daher eignet sich diese Auswertungsmethode gut für ein Forschungsvorhaben, bei dem mehrere Personen an der Datensammlung und vor allem auch an der Datenauswertung beteiligt sind (vgl. ebd.:137).

Die Auswertungstabelle wird auf Basis des Interviewleitfadens erstellt. Eine einfache Handhabung und Auswertung kann mit einer Excel-Tabelle erfolgen. Jeder Themenkomplex bzw. jede Frage des Leitfadens wird in der ersten Spalte senkrecht eingetragen.

Das kann, wie folgt, aussehen:

	Inter- view 1	Inter- view 2	Inter- view 3	Inter- view...	Zeilen- aussage	Kategorie- notiz	Zusammen- fassung
Eckdaten (Informationen zum Interview und des*der Interview- partner*in							
Zugehörigkeit Orth							
Struktur Orth							
....							

Tabelle 11: Ausschnitt aus der Auswertungstabelle der Expert*inneninterviews vom GeSo Orth; Quelle: eigene Darstellung nach Auer-Volgtländer und Schmid (2017:133)

Für die Auswertung der einzelnen Themenkomplexe können Unterkategorien erstellt werden. Diese ergeben sich aus den Fragen des Leitfadens (siehe Kapitel 11.5.5).

In die Tabelle wird nicht das Interview-Transkript eingefügt, sondern eine Zusammenfassung des entsprechenden vorhandenen Materials. „Relevant ist hierbei vor allem, längere Aussagen bzw. Textpassagen auf ihre Quintessenz zu reduzieren. Der eingetragene Text soll eine essenzielle Zusammenfassung der jeweiligen Aussage bzw. des jeweiligen kategorialen Datenmaterials beinhalten.“ (ebd.:133) Nachdem das Material jedes Interviews auf den Kern reduziert und in die Tabelle übertragen wurde, werden die einzelnen Interviewaussagen in der Spalte „Zeilenaussage“ zusammengefasst. Auffälligkeiten und/oder Anmerkungen werden in der Spalte „Memo-Spalte“ (im Projekt GeSo Orth „Kategorienotiz“) (siehe Tabelle 11) eingetragen. „Es empfiehlt sich, die Datenauswertung mittels strukturgeleiteter Textanalyse in einem Forschungsteam durchzuführen, um subjektiven (Be-)Wertungen möglichst entgegenzuwirken.“ (ebd.:133-134)

11.7 Partizipative Methoden

Marlies Presser

Emanzipation, Legitimität, Effektivität und soziales Lernen können als Motive für die Partizipation von Bürger*innen genannt werden (vgl. Nanz / Leggewie 2016). Seit den 1960er-Jahren haben sich die Bürger*innen zusehends von ihrer reduzierten Rolle in der repräsentativen Demokratie emanzipiert und wollen mehr und direkter mitreden, mitgestalten und mitbestimmen, wie sich z. B. ihre Nachbarschaft, ihre Gemeinde, ihre Region entwickelt (vgl. ebd.:27-29). Im Gegenzug haben auch Politik und Verwaltung erkannt, dass Entscheidungen durch Bürger*innenbeteiligung eine höhere Legitimation erfahren. Durch die Einbindung unterschiedlichster Personen, können deren Wissen und Sichtweisen fruchtbar gemacht und somit die Effektivität gesteigert werden. Es können Lösungen für Probleme gefunden werden, die für einen konkreten Ort und die Menschen, die dort leben, passen. Schließlich kann durch Partizipation soziales Lernen gefördert werden (vgl. ebd.:30-31). Im Rahmen von Verfahren, die vertrauensvolle Beziehungen zwischen den Teilnehmer*innen ermöglichen und auf kollektive Intelligenz und Kreativität setzen, können innovative Lösungen entwickelt werden (vgl. ebd.:51).

Es gibt mittlerweile eine sehr große Palette an Methoden, um Bürger*innen oder die Öffentlichkeit zu beteiligen – von der Agendakonferenz über das Planspiel bis zur Zukunftswerkstatt, um nur einige zu nennen (siehe Kapitel 4.1.4). Um die passende Methode auswählen zu können, steht daher zu Beginn die Auseinandersetzung mit

folgenden, zentralen Fragen (vgl. Amt der NÖ Landesregierung 2013:30; Initiative Allianz für Beteiligung e.V. 2016:35):

- Worum geht es und was soll als Ergebnis am Ende des Verfahrens stehen? Sollen z.B. Ideen gesammelt, Pläne und Lösungen entwickelt, Entscheidungen getroffen oder Informationen präsentiert werden? Wie groß ist der Gestaltungsspielraum?
- Wer soll sich beteiligen, wer nicht und was sind die Gründe dafür?
- Welche weiteren Voraussetzungen (Zeit, Ressourcen, Information) müssen berücksichtigt bzw. erfüllt werden?

Im Forschungsprojekt GeSo Orth wurde mit der Methode des Bürger*innen-Rates gearbeitet, um die Orther*innen einzubinden.

11.7.1 Bürger*innenbeteiligung mittels Bürger*innen-Rat

Der Bürger*innen-Rat und das Bürger*innen-Café sind Instrumente der Politikberatung, sie treffen keine Entscheidungen (vgl. BfZ 2014:11). Sie ermöglichen es Menschen, rasch und einfach mitzureden und mitzugestalten. Inhaltlich beschäftigen sich Bürger*innen-Räte mit der Entwicklung in der Gemeinde oder der Region. Die Themen können sehr vielfältig sein und reichen von allgemeinen Visionen für die Zukunft bis zu konkreten Fragestellungen. Es kann z.B. darum gehen, wie der neue Ortskern gestaltet wird oder welche Angebote ein Gemeinwesenzenentrum umfassen soll.

Das Beteiligungsverfahren Bürger*innen-Rat besteht aus insgesamt drei Stufen, dem Bürger*innen-Rat selbst, dem Bürger*innen-Café und der Resonanzgruppe. Die Ergebnisse aus der einen Stufe werden immer in der nächsten Stufe aufgegriffen und weiterentwickelt. Dadurch können viele verschiedene Blickwinkel in das Endergebnis einfließen. Zentral ist eine gute Einbindung der Ergebnisse in den politischen Prozess, um Projekte im Sinne der Bürger*innen in die Umsetzung zu bringen (vgl. BfZ 2014:26).

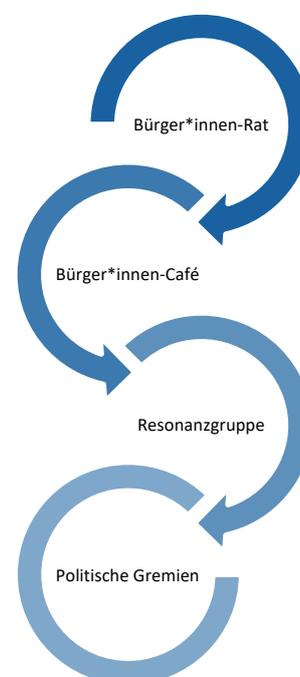


Abbildung 62: Ablauf Bürger*innen-Rat;
Quelle: eigene Darstellung

Jim Rough gilt als Begründer des Bürger*innen-Rates. Er entwickelte in den 1980er-Jahren in den USA die Moderationstechnik *Dynamic Facilitation*. Ein Sägewerk hatte ihn als Berater engagiert, um die Stimmung unter der Belegschaft zu verbessern, und er experimentierte mit Techniken des kreativen Denkens und des Dialoges. Die daraus entwickelte *Dynamic Facilitation* wird von ihm seit den 1990ern weltweit unterrichtet (vgl. DFA o.A. a). Eine spezielle Anwendung dieser Methode ist der *Wisdom Council Process* (vgl. DFA o.A. b). Jim Rough möchte damit die innovative Kraft und das im Rahmen der Gruppenarbeit entstehende Zusammengehörigkeitsgefühl für größere soziale Einheiten wie z.B. Nachbarschaften, Gemeinden, Bezirke fruchtbar machen. Er plädiert dafür, regelmäßig *Wisdom Councils* abzuhalten, in deren Verlauf wichtige Themen identifiziert und bearbeitet werden. Die Ergebnisse sollen dann in die Entscheidungsprozesse in Politik und Verwaltung einfließen (vgl. ebd.). Ähnlich argumentieren die Politikwissenschaftler*innen Nanz und Leggewie (vgl. 2016:10-12), die eine Erweiterung der bereits vorhandenen Politikberatung um die „Weisheit der Vielen“ fordern, ohne die Struktur der demokratischen Gewaltenteilung in Frage zu stellen. Sie plädieren für „eine in die Zukunft gerichtete Aufklärung der drei Gewalten durch eine Konsultation der Bürgerschaft im umfassenden, institutionalisierten und ... obligatorischen Sinne“ (ebd. 2016:11). Im deutschsprachigen Raum wurde der *Wisdom Council Process* als Bürger*innen-Rat aufgegriffen und weiterentwickelt. Seit 2013 ist beispielsweise die partizipative Demokratie in der Vorarlberger Landesverfassung verankert. Die Bürgerbeteiligung und damit auch das Verfahren des Bürger*innen-Rates haben dadurch einen höheren Stellenwert bekommen (vgl. BfZ 2014:1).

Der Bürger*innen-Rat

Nach dem Zufallsprinzip werden zwölf bis fünfzehn Bürger*innen eines Ortes oder einer Region ausgewählt, die an einem bis eineinhalb Tagen unter Ausschluss der Öffentlichkeit miteinander arbeiten. Das Prinzip der Zufallsauswahl sorgt dafür, dass es sich bei den Teilnehmer*innen um „normale“ Leute handelt. Sie müssen über keine speziellen Vorkenntnisse oder Qualifikationen verfügen. Auch können damit Personen erreicht werden, die sich sonst nicht eingebracht hätten (vgl. Initiative Allianz für Beteiligung e.V. 2016:18). Um einen möglichst repräsentativen Querschnitt der Bevölkerung zu erzielen, können bei der Auswahl der Bürger*innen – neben dem Zufallsprinzip – auch Kriterien wie Geschlecht, Alter und Bildung einbezogen werden (vgl. BfZ 2012:30). Dadurch wird sichergestellt, dass Themen und Anliegen besprochen werden, die viele Menschen in der Gemeinde oder in der Region bewegen und für diese wichtig sind. Die bunte Zusammensetzung der Gruppe sorgt auch dafür, dass vielfältiges

Wissen über Ressourcen in der Gemeinde im Bürger*innen-Rat vorhanden ist. Bestehende Angebote und Einrichtungen werden dadurch berücksichtigt.

*GeSo Orth: Auswahl und Einladung der Bürger*innen-Räte*

Die Auswahl der Bürger*innen-Räte entsprach der Bevölkerungsverteilung über die Kategorien Geschlecht und Alter. Es handelt sich dabei um zentrale sozialwissenschaftliche Kategorien, die bereits im Wähler*innenverzeichnis hinterlegt sind. Es waren daher keine weiteren Erhebungen, die auch Fragen des Datenschutzes aufgeworfen hätten, notwendig. Die Anzahl junger Frauen und Männer zwischen 15 und 19 Jahren war in der Stichprobe überrepräsentiert, da das Projekt eine hohe Zukunftsorientierung aufweist. Zusätzlich ergaben sich aus den Expert*inneninterviews Hinweise (vgl. A1 Spalte T, Zeile 15-18; Spalte U, Zeile 15-18) auf fehlende Angebote für diese Zielgruppe.

Basierend auf der Bevölkerungsstruktur in Orth an der Donau (vgl. Statistik Austria 2016) wurde von der Forschungsgruppe festgelegt, dass dreizehn Personen am Bürger*innen-Rat teilnehmen sollten, die sich wie folgt auf die Kategorien Alter und Geschlecht verteilen:

Hauptwohnsitzgemeldete per 1.1.2016 ohne Kinder bis 14 Jahren (n = 1.769)			Errechnete Teilnehmer*innen für Bürger*innen-Rat			13 Teilnehmer*innen mit Überrepräsentanz Jugendliche		
Alter	♀	♂	Alter	♀	♂	Alter	♀	♂
15 - 19 J.	52	53	15 - 19 J.	0,4	0,4	15 - 19 J.	1	1
20 - 44 J.	305	303	20 - 44 J.	2,2	2,2	20 - 44 J.	2	2
45 - 64 J.	300	294	45 - 64 J.	2,2	2,2	45 - 64 J.	2	2
65 J. und älter	271	191	65 J. und älter	2,0	1,4	65 J. und älter	2	1

Tabelle 12: Teilnehmer*innenauswahl Bürger*innen-Rat; Quelle: eigene Darstellung

Die Projektpartner*innen der Gemeinde Orth an der Donau trafen auf dieser Basis eine Zufallsauswahl aus dem Wähler*innenregister. Erfahrungsgemäß müssen mindestens zehn Mal mehr Personen angeschrieben werden, als tatsächlich am Bürger*innen-Rat teilnehmen sollen (vgl. BfZ 2010:14). Insgesamt wurden von der Marktgemeinde Orth an der Donau rund drei Wochen vor dem geplanten Termin 130 Personen per Brief eingeladen. Parallel dazu wurden die dazugehörigen Inhalte über den Internet-Blog und die Facebookseite des Forschungsprojektes GeSo Orth veröffentlicht. Mit Ende der Anmeldefrist zeigte sich, dass nicht die erhoffte Teilnehmer*innenzahl in allen Kategorien erreicht worden war. In der Woche vor dem Bürger*innen-Rat wurden die angeschriebenen Personen aus den unterbesetzten Kategorien nochmals telefonisch

kontaktiert und persönlich eingeladen. Am Bürger*innen-Rat selbst haben sich schließlich neun Orther*innen beteiligt. Jugendliche konnten für das Format nicht gewonnen werden und Orther*innen bis 44 Jahre waren unterrepräsentiert. Die Teilnehmer*innen verteilten sich wie folgt auf Altersgruppe und Geschlecht:

Alter	♀	♂
15 - 19 J.	0	0
20 - 44 J.	1	1
45 - 64 J.	2	2
65 J. und älter	2	1

Tabelle 13: Teilnehmer*innen am Bürger*innen-Rat; Quelle: eigene Darstellung

Moderation mit Dynamic Facilitation

Der Bürger*innen-Rat wird mit der Methode Dynamic Facilitation moderiert. Dynamic Facilitation zeichnet sich dadurch aus, dass sich die Teilnehmer*innen an keine speziellen Spielregeln oder Abläufe halten müssen, sondern sie können und sollen frei von der Leber weg jene Themen und Aspekte ansprechen, die sie am meisten bewegen. Der Prozess verläuft nicht linear und fördert ein authentisches, kreatives und gemeinsames Denken, wodurch neue Ideen und Möglichkeiten entstehen (vgl. CfWD o.A. a; Zubizarreta / zur Bonsen 2014:18-20). Die Moderator*innen übernehmen bei Dynamic Facilitation drei Funktionen, indem sie aktiv zuhören und alle Beiträge der Teilnehmer*innen willkommen heißen, die Kreativität der Teilnehmer*innen wachrufen und diesen kreativen Raum schützen (vgl. Zubizarreta / zur Bonsen 2014:43). Widerstreitende Beiträge stehen gleichberechtigt nebeneinander und erweitern so den gedanklichen Horizont der Teilnehmer*innen (vgl. ebd.:30). Die Beiträge der Teilnehmer*innen werden auf vier Flipcharts festgehalten. Dabei erfolgt eine Strukturierung, da die Beiträge einer der vier folgenden Kategorien zugeteilt werden: Herausforderungen, Lösungen/kreative Beiträge, Befürchtungen/Bedenken und Informationen/Sichtweisen. Das Aufschreiben fördert die Reflexion über das Gesagte und unterstreicht die Wichtigkeit der Beiträge (vgl. ebd.:35-36).

Mit Dynamic Facilitation moderierte Gruppendiskussionen durchlaufen häufig vier Stadien: nach der Startphase, der sogenannten Entleerung, in der alle Teilnehmer*innen alles sagen, was sie schon zum Thema wissen, folgt eine kurze Phase, in der die Teilnehmer*innen von der Komplexität des Themas überwältigt sind. In der dritten Phase entwickeln die Teilnehmer*innen neue Blickwinkel auf und Ideen zum Thema. In dieser kreativen Phase wechseln sich übereinstimmende und widerstreitende Einschätzungen ab. Wenn echte Übereinstimmung erreicht wurde, folgt die Abschlussphase, in der sich

die Teilnehmer*innen für die nächsten bzw. weitere Schritte verpflichten wollen. Um die Selbstorganisation der Gruppe nicht zu stören, hilft die Moderation lediglich durch die verschiedenen Phasen, greift jedoch nicht steuernd in diese ein (vgl. ebd.:76-77). Durch den gemeinsamen, kreativen Prozess entsteht in der Gruppe ein Gefühl der Verbindlichkeit, Verantwortung und Leistungsbereitschaft. Die Umsetzung der entwickelten Ideen wird dadurch wesentlich erleichtert (vgl. ebd.:18).

*GeSo Orth: Bürger*innen-Rat*

Der Bürger*innen-Rat für das GeSo Orth fand am Samstag, 23.09.2017 im Gemeindeamt der Marktgemeinde Orth an der Donau von 14:00 bis 19:00 Uhr statt. Wie bereits oben erwähnt, sind normalerweise ein bis eineinhalb Tagen für dieses Format vorgesehen. Die Zeit konnte im konkreten Fall reduziert werden, da das Thema bereits festgelegt war und nicht erst mit den Orther*innen wichtige und bewegende Themen gefunden werden mussten. Nach einer kurzen Vorstellung des Forschungsprojektes GeSo Orth startete die Gesprächsrunde mit den folgenden Fragen (vgl. D1 2017:2):

- Was soll das geplante Gesundheits- und Gemeinwesenzentrum aus ihrer Sicht können?
- Wie steht es um die derzeitigen medizinischen und sozialen Angebote in Orth?
- Was bräuchte es noch?

Den Abschluss des Bürger*innen-Rates bildete eine Sammlung der wichtigsten Punkte aus Sicht der Teilnehmer*innen (vgl. ebd.). Gegen Ende der Veranstaltung erklärten sich zwei Bürger*innen-Räte dazu bereit, die Ergebnisse aus dem Rat beim geplanten Bürger*innen-Café der interessierten Öffentlichkeit vorzustellen (vgl. ebd.:6).

Die Bürger*innen-Räte bringen sich freiwillig und unentgeltlich ein, daher sollte ihr Engagement gewürdigt und die dafür nötige Zeit kurzgehalten und bestmöglich genutzt werden. Als Zeichen der Anerkennung wurden am Ende der Veranstaltung alle Beteiligten von der Marktgemeinde Orth an der Donau zum gemeinsamen Abendessen eingeladen.

Nach dem Bürger*innen-Rat wurden die handschriftlichen Flipchartprotokolle der Moderation transkribiert. Die Inhalte der Transkription und der Beobachtungsprotokolle wurden in einer Dokumentation nochmals verdichtet und zusammengefasst. Eine weitere Auswertung fand nicht mehr statt, da die zentralen Inhalte bereits durch die Bürger*innen-Räte in der Diskussion herausgearbeitet wurden (siehe Kapitel 11.7.1).

Die Dokumentation wurde der Marktgemeinde Orth an der Donau als Auftraggeberin zur Verfügung gestellt. Alle Bürger*innen-Räte erhielten ebenfalls ein Exemplar als Beleg der produktiven, gemeinsamen Arbeit.

Das Bürger*innen-Café

Die Ergebnisse des Bürger*innen-Rates werden in einer eigenen Veranstaltung, einem sog. Bürger*innen-Café, öffentlich präsentiert (vgl. BfZ o.A.). Dazu sind alle Personen, die das Thema betrifft, eingeladen. Die Ergebnisse aus dem Rat werden von den Bürger*innen-Räten selbst vorgestellt. Diese werden dann in entspannter Atmosphäre diskutiert und weiterentwickelt. Man sitzt oder steht dabei um Tische und wechselt nach einiger Zeit den Tisch und damit auch die Tischpartner*innen. So kommt man mit vielen Personen ins Gespräch und neue Ideen können entstehen. Diese Ideen werden an jedem Tisch schriftlich oder zeichnerisch festgehalten und zum Schluss noch einmal in und mit der gesamten Gruppe gesammelt. Nach der Präsentation löst sich der Bürger*innen-Rat wieder auf (vgl. BfZ 2012:28).

World Café

Das Bürger*innen-Café folgt der Methode des *World Cafés*, die Mitte der 1990er-Jahre von Juanita Brown und David Isaacs in den USA entwickelt wurde. Die Methode basiert auf der Überzeugung, dass das Wissen, um Probleme zu lösen und Herausforderungen zu meistern, bereits in den Menschen vorhanden ist (vgl. Seliger 2011:105-106). Es bedarf daher einer Vorgehensweise, „die es erlaubt, Gespräche so zu verbinden, dass Zugang zum kollektiven Wissen und zu neuer Kreativität und Energie geschaffen wird“ (ebd.). Das *World Café* schafft bei den Teilnehmer*innen zudem eine hohe innere Beteiligung (vgl. ebd.:110) und eignet sich daher gut, um Personen zu aktivieren und den Boden für ein bestimmtes Thema oder Projekt vorzubereiten. Für ein erfolgreiches *World Café* sollten folgende Leitlinien beachtet werden (vgl. The World Cafe Community o.A.:2):

- Zu Beginn werden Sinn und Zweck des *World Cafés* klar dargestellt
- Eine einladende Kaffeehausatmosphäre sorgt dafür, dass sich die Teilnehmer*innen wohlfühlen und sich eine offene und kreative Kommunikation entwickeln kann
- Die Fragen sind einfach, offen und für die Teilnehmer*innen von Bedeutung
- Die Teilnehmer*innen werden speziell ermutigt einander zuzuhören und sich aktiv einzubringen
- Die unterschiedlichen Perspektiven der Teilnehmer*innen werden vernetzt

- Gemeinsame Erkenntnisse und Einsichten werden gesammelt und mit allen geteilt bzw. sichtbar gemacht

Die Methode kann auch mit sehr großen Gruppen von mehreren hundert Personen durchgeführt werden, es sollten jedoch mindestens fünfzehn Teilnehmer*innen sein. Um ein gutes Gespräch zu ermöglichen, empfiehlt es sich, dass vier bis fünf Personen um kleine Tische sitzen oder stehen. Je Fragenrunde sollten ca. 20 bis 30 Minuten eingeplant werden sowie ausreichend Zeit für die abschließende Vernetzung der Ergebnisse in bzw. mit der gesamten Gruppe, weshalb für dieses Format ca. ein halber Tag eingeplant werden sollte (vgl. Seliger 2011:122; The World Cafe Community o.A.:3).

*GeSo Orth: Bürger*innen-Café*

Das Bürger*innen-Café sollte einige Wochen nach dem Bürger*innen-Rat stattfinden (vgl. BfZ 2010:17), damit die Erinnerungen bei allen Beteiligten und in der Gemeinde insgesamt noch frisch sind. Für das Projekt GeSo Orth ergab sich aus organisatorischen Gründen ein längerer zeitlicher Abstand. Das Bürger*innen-Café fand am Samstag, 18.11.2017 von 15:00 bis 18:30 Uhr im Schloss Orth statt. Beworben wurde die Veranstaltung durch eine Postwurfsendung an alle Haushalte durch die Gemeinde Orth an der Donau, durch Beiträge auf dem Internet-Blog und der Facebookseite des Forschungsprojektes GeSo Orth sowie Artikel in lokalen und regionalen Medien. Am Bürger*innen-Café nahmen insgesamt 29 Personen teil.

Nach umfassenden Präsentationen zum Forschungsprojekt sowohl von Mitgliedern der Gemeinde Orth als Auftraggeberin als auch der Forschungsgruppe der Fachhochschule St. Pölten selbst, folgte die Präsentation der Ergebnisse aus dem vorhergegangenen Bürger*innen-Rat durch zwei Bürger*innen-Rates. Danach startete das eigentliche Bürger*innen-Café mit Diskussionen an zunächst sieben, dann sechs Tischen. Die wichtigsten Punkte wurden jeweils von den Studierenden, teils von den Orther*innen selbst auf großen Papierbögen am Tisch schriftlich festgehalten. Insgesamt gab es drei Fragenrunden:

- Was sagen Sie dazu [zum vorher Präsentierten; d. Verf.]? Was fehlt Ihnen? Was ist Ihnen besonders wichtig? Welche Bedenken / Fragen haben Sie dazu?
- Das GeSo Orth als sozialer Treffpunkt – Was erwarten Sie sich? Was soll dort passieren? Was soll es dort geben?
- Was können Sie und andere Orther*innen ins GeSo Orth einbringen? Was / wen brauchen Sie, damit es gut gelingt?

In den Pausen zwischen den Fragerunden wurden die Tische und damit auch die Gesprächspartner*innen gewechselt. In der vierten und letzten Diskussionsrunde wurden unter dem Leitsatz „DAS muss unbedingt berücksichtigt werden!“ die wichtigsten Punkte erarbeitet und später in der gesamten Gruppe vorgestellt und auf einer Pinnwand gesammelt.

Nach dem Bürger*innen-Café wurden die handschriftlichen Tischprotokolle und die gesammelten Kärtchen auf der Pinnwand fotografiert und transkribiert. Die Inhalte der Transkripte wurden in einer Dokumentation nochmals verdichtet und zusammengefasst. Eine weitere Auswertung fand – wie beim Bürger*innen-Rat – nicht statt, da die zentralen Inhalte bereits durch die Teilnehmer*innen in der Diskussion entwickelt worden waren (siehe Kapitel 11.7.1). Die Dokumentation wurde wiederum der Marktgemeinde Orth an der Donau als Auftraggeberin zur Verfügung gestellt. Alle Teilnehmer*innen erhielten ebenfalls ein Exemplar als Beleg der konstruktiven, gemeinsamen Arbeit.

GeSo Orth: Umgang mit fehlenden Personengruppen

Wenn sich wichtige Bevölkerungsgruppen nicht in Prozesse der Bürger*innenbeteiligung einbringen, dann ist dies problematisch. Es ist bekannt, dass Jugendliche für Bürger*innenbeteiligungen schwer zu erreichen sind, wenn sie nicht direkt als Jugendliche angesprochen werden oder in den geplanten Formaten unter sich sind (vgl. Amt der NÖ Landesregierung 2013:18). Da sich, wie bereits oben beschrieben, trotz Nachtelefonierens keine Jugendlichen beim Orther Bürger*innen-Rat beteiligt haben, wurden die Jugendorganisationen in der Gemeinde kontaktiert mit der Bitte, Jugendliche für das Bürger*innen-Café zu gewinnen. Auch diese Vorgehensweise war erfolglos. Die Idee eine eigene Diskussionsrunde mit Jugendlichen zu organisieren wurde aus Zeitmangel wieder verworfen. Die Forschungsgruppe einigte sich darauf, Informationen über die Situation von Jugendlichen in Orth an der Donau aus dem bereits vorhandenen Material bestmöglich herauszufiltern und für den weiteren Forschungsprozess fruchtbar zu machen. Unter Umständen ist es sinnvoll, die Situation der jugendlichen Orther*innen in einem eigenen nachfolgenden Projekt näher zu beleuchten (vgl. F15 2017:3).

Die Resonanzgruppe

Jede Bürger*innenbeteiligung steht und fällt damit, ob die Anliegen der Bevölkerung auch gehört und berücksichtigt werden. Dazu ist es nötig, dass die entwickelten und diskutierten Ideen aus dem Bürger*innen-Rat und dem Bürger*innen-Café ihren Weg an die richtigen Stellen in Politik und Verwaltung finden. Dies geschieht durch die sog.

Resonanzgruppe. Dabei handelt es sich um eine Strategiegruppe, die sich aus betroffenen Vertreter*innen aus Politik, Verwaltung und anderen wichtigen Stakeholdern zusammensetzt. In der Resonanzgruppe werden die Vorschläge aus der Bürger*innenbeteiligung „auf die konkrete Umsetzung geprüft und weiterführende Maßnahmen gesetzt“ (BfZ o.A.). Zudem sollten die Bürger*innen darüber informiert werden, wie die Ergebnisse verwertet werden (vgl. ebd.).

GeSo Orth: Kommunikative Validierung statt Resonanzgruppe

Die Ergebnisse aus dem Orther Bürger*innen-Rat und Bürger*innen-Café wurden in die Konzepte für das geplante Gesundheits- und Gemeinwesenzentrum GeSo Orth eingearbeitet. Diese Konzepte wurden mit Expert*innen des lokalen Sozial- und Gesundheitswesens sowie Vertreter*innen aus Politik und Verwaltung diskutiert und angepasst, d.h. die an dieser Stelle vorgesehene Resonanzgruppe wurde im Forschungsprojekt GeSo Orth durch eine kommunikative Validierung (siehe Kapitel 11.10) der fertigen Konzeptvorschläge ersetzt.

11.7.2 Grenzen und Stolperfallen der Methode

Der Erfolg eines Beteiligungsverfahrens hängt auch vom Engagement und der Offenheit der beteiligten Bürger*innen ab. Wenn sich betroffene Personen bei einem Bürger*innen-Rat nicht einbringen können oder wollen, vielleicht sogar aus einem laufenden Prozess aussteigen, dann ist ein Gelingen des Beteiligungsverfahrens in Frage gestellt (vgl. BMLFUW / ÖGUT 2012:17). Im Prozess selbst erleben es Bürger*innen-Räte vielfach als herausfordernd, die vielen Ideen und Vorschläge am Ende des Rates unter Zeitdruck auf einen gemeinsamen Nenner zu bringen (vgl. BfZ 2014:12).

Durch das Beteiligungsverfahren entsteht bei den Bürger*innen-Räten die Erwartungshaltung, dass auch etwas mit den Ergebnissen gemacht wird (vgl. BfZ 2014:12). Es ist daher wichtig, die Bürger*innen-Räte genau darüber zu informieren, wie es nach der Bürger*innenbeteiligung weitergeht und sie darüber auf dem Laufenden zu halten. Dafür ist bereits vor dem Beteiligungsverfahren ein klarer Auftrag und eine ernsthafte Selbstverpflichtung von Seiten der Politik und Verwaltung notwendig. Die Ergebnisse aus dem Beteiligungsverfahren müssen respektvoll und unvoreingenommen geprüft werden. Die Entscheidungsträger*innen müssen den Bürger*innen rückmelden, welche Ideen und Vorschläge weiterverfolgt werden und welche Beiträge aus welchen Gründen wieder verworfen werden (vgl. Amt der NÖ Landesregierung 2013:14).

Ein Beteiligungsverfahren, das lediglich als partizipatives Feigenblatt dient und dessen Ergebnisse nicht ernst genommen werden, ist aus demokratiepolitischer Sicht fatal: die Bürger*innen fühlen sich benutzt, Politik und Verwaltung verlieren an Glaubwürdigkeit und partizipative Methoden geraten in Misskredit (vgl. BMLFUW / ÖGUT 2012:18). Eine zentrale Frage im Vorfeld eines jeden Beteiligungsverfahrens ist daher, was genau im Rahmen des Prozesses erarbeitet werden soll. Auch müssen die Einfluss-, Mitwirkungs- und Gestaltungsmöglichkeiten für alle Beteiligten geklärt werden. Sind die zentralen Entscheidungen in einem Projekt bereits getroffen, dann ist ein Bürgerbeteiligungsverfahren nicht mehr sinnvoll (vgl. ebd.). Des Weiteren ist zu bedenken, dass bei einem Bürger*innen-Rat keine fertigen Konzepte entstehen und die Beteiligten nicht in die Umsetzung involviert sind. Zudem hat das Verfahren eine klare zeitliche Begrenzung und durch die Zufallsauswahl ist es unwahrscheinlich, dass sich daraus eine längerfristige Kooperation, z.B. eine Bürger*inneninitiative entwickelt (vgl. Initiative Allianz für Beteiligung e.V. 2016:17-18).

Im Forschungsprojekt GeSo Orth haben Jugendliche nicht und junge Erwachsene nur in überschaubarer Zahl an den Bürger*innenbeteiligungsformaten teilgenommen. Es konnten daher hauptsächlich indirekte Aussagen über die Situation von Jugendlichen und jungen Erwachsenen gesammelt werden. Wer diese Informationen aus welcher Perspektive und mit welchem Interesse eingebracht hat, wurde bei der Auswertung des Materials nicht berücksichtigt, da auf eine Abkürzungsstrategie (siehe Kapitel 11.7.3) zurückgegriffen wurde. Die Ergebnisse aus dem Bürger*innen-Rat und -Café haben in Bezug auf diese Bevölkerungsgruppe daher keine hohe Aussagekraft.

Beim Bürger*innen-Rat fiel es einigen Gemeindebürger*innen schwer, sich auf das offene und kreative Format einzulassen. Erst nach einer gewissen Zeit konnte die gedankliche Selbstbegrenzung in Hinblick auf rechtliche und finanzielle Rahmenbedingungen abgelegt werden. Zwei Mitglieder des Gemeindefarbeitskreises „Ärztzentrum / Rettungsdienste“ waren als Beobachter anwesend. Um das kreative Potenzial der Methode nicht zu gefährden, war es wichtig, dass die Mitglieder des Arbeitskreises keine inhaltlichen Informationen zu den bisherigen Überlegungen der Gemeinde an die Bürger*innen-Räte weitergaben (vgl. B1 2017:3).

Eine hohe Beteiligung ist für das Gelingen einer partizipativen Methode wichtig. Beim Bürger*innen-Rat nahmen neun von dreizehn anvisierten Orther*innen teil. Es hat sich gezeigt, dass zehn Mal mehr Personen einzuladen als dann tatsächlich am

Bürger*innen-Rat teilnehmen sollten, zu gering veranschlagt war. Unter Umständen hätten mehr Personen am Bürger*innen-Rat teilgenommen, wenn nicht am selben Nachmittag die jährliche „Abenteuer Schatzsuche“ der Kinderfreunde stattgefunden hätte. Durch einen kürzeren Abstand zwischen den beiden Formaten wäre der Bürger*innen-Rat und das dazugehörige Thema in der Gemeinde noch aktueller gewesen. Dies hätte möglicherweise die Beteiligungsbereitschaft am Bürger*innen-Café erhöht.

11.7.3 Methodische Anmerkungen zur Auswertung

Die hier als partizipative Methoden bezeichneten Großgruppen-Methoden (siehe Kapitel 4.1.4) haben ihre Wurzeln vielfach in der Organisationsentwicklung, einem Ansatz zur Veränderung von Organisationen (vgl. Seliger 2011:19). Als Methoden der Datenerhebung gehören Großgruppen-Methoden nicht zum sozialwissenschaftlichen Standardrepertoire, stellen jedoch eine Form der Gruppendiskussion dar. Die Gruppendiskussion spielt im wissenschaftlichen Betrieb insgesamt eine untergeordnete Rolle. In der kommerziellen Markt- und Meinungsforschung wird sie hingegen häufig eingesetzt, um Informationen zu erheben (vgl. Lamnek / Krell 2016:387-388). Einen höheren Stellenwert haben Großgruppen-Methoden, die manchmal auch als interaktive Methoden bezeichnet werden, in der partizipativen Forschung (vgl. von Unger 2014:57).

Als Standard für die Nutzung von Gruppendiskussionen im sozialwissenschaftlichen Kontext wird eine Audio- oder Videoaufzeichnung empfohlen, die dann – angepasst an das jeweilige Erkenntnisinteresse – transkribiert und einem Analyseverfahren unterzogen wird (vgl. Lamnek / Krell 2016:432; Kühn / Koschel 2018:198). In der partizipativen Forschung werden die erhobenen Daten vielfach gemeinsam mit lebensweltlichen Co-Forscher*innen ausgewertet. Dies erfordert die entsprechende Schulung der Co-Forscher*innen (vgl. von Unger 2014:60). Neben der Angemessenheit in Bezug auf den Forschungsgegenstand (siehe Kapitel 10) sollten die ausgewählten Methoden auch für die Co-Forscher*innen ohne langwierige Einschulung verständlich und anwendbar sein (vgl. von Unger 2014:56).

Wie bereits oben beschrieben, wurden vom Bürger*innen-Rat und vom Bürger*innen-Café keine Audioaufzeichnungen angefertigt. Auf Basis von Flipchartprotokollen, Tischprotokollen, Fotos und Beobachtungsprotokollen wurde für jede Veranstaltung eine Dokumentation erstellt. Dabei wurden vorrangig manifeste, das heißt offenkundige Inhalte erfasst, verdichtet und gebündelt. Eine weitere Auswertung fand nicht mehr statt, da die zentralen Inhalte bereits durch die Teilnehmer*innen in der Diskussion selbst

herausgearbeitet worden waren. Dies geschah jeweils in der Abschlussrunde mit der Frage nach den wichtigsten Ergebnissen bzw. „DAS muss unbedingt berücksichtigt werden!“. Dabei handelt es sich um eine Abkürzungsstrategie, das heißt die maximale Anforderung an Genauigkeit und Vollständigkeit bei der Anwendung einer Methode wird begründet unterschritten (vgl. Flick 2008:263). Im konkreten Fall ist diese Vorgehensweise mit Rückgriff auf die Zusammenfassung der Bürger*innen vertretbar, da man hauptsächlich an offenkundigen Inhalten interessiert war.²³ Es gibt Hinweise, dass sich die zentralen Erkenntnisse einer von Forscher*innen durchgeführten Inhaltsanalyse vielfach mit jenen Ergebnissen überschneiden, die von den Gruppendiskutant*innen als wichtig identifiziert wurden (vgl. Schweiger 2016:36). Nichtsdestotrotz ist mit dieser ressourcenschonenden Strategie eine geringere analytische Differenzierung und Tiefe verbunden, vor allem in Bezug auf gruppendynamische Effekte und soziale Erwünschtheit (vgl. Kühn / Koschel 2018:242).

11.8 Konzeptentwicklung

Lisa Stöger

11.8.1 Konzeptbausteine

Die Konzeptbausteine für ein Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung wurden auf Basis der erhobenen Daten der durchgeführten empirischen Forschungsmethoden entwickelt. Die Forschungsgruppe orientierte sich hierfür vor allem an den Auswertungen der Expert*inneninterviews und an den Dokumentationen des Bürger*innen-Rates sowie dem Bürger*innen-Cafés.

Die Entwicklung der Bausteine erfolgte durch eine gemeinsame Zusammenführung der Dokumentationen und Ergebnisse der verschiedenen angewendeten empirischen Forschungsmethoden. Es wurden „Merkmale“ des Zentrums auf Kärtchen gesammelt, welche innerhalb der Auswertungen und Dokumentationen von den Expert*innen und Bürger*innen genannt worden waren. Die gesammelten Merkmale wurden anschließend nach Thematiken geordnet. Die erstellten Thematiken wurden anschließend benannt

²³ Dazu ist von Michaela Moser (Projektleitung, Forschungsgruppe GeSo Orth) eine Publikation geplant.

und stellten somit die Konzeptbausteine dar. Um eine Übersicht zu bekommen, wurden alle Konzeptbausteine mit ihren zugeordneten Merkmalen an einer Pinnwand visualisiert.



Abbildung 63: Erste Visualisierung der Konzeptbausteine; Quelle: eigenes Foto

Am Beispiel GeSo Orth entstanden sieben Konzeptbausteine:

- Medizinische Versorgung und Versorgung
- Soziale Versorgung und Versorgung
- Soziale Arbeit
- Architektur und Lage
- Information und Orientierung
- Organisierte Vernetzung
- Selbstorganisation und Mitgestaltung

Jeder Konzeptbaustein besteht aus mehreren Merkmalen. Diese Merkmale wurden aus der empirischen Forschung herausgefiltert. Insbesondere wurden die Antworten aus den Expert*inneninterviews auf die Frage nach dem Verbesserungsbedarf für Bevölkerungsgruppen, die es schwer haben sowie nach dem Gemeindezentrum nach Wunsch herangezogen (vgl. A1 2018: Zelle A15, A16, A18).

Zusätzlich zu den Ergebnissen der Expert*inneninterviews sind die Dokumentationen der beiden partizipativen Methoden eingeflossen. Sowohl im Bürger*innen-Rat als auch

im Bürger*innen-Café entwickelten die Beteiligten erste Ideen und Lösungsvorschläge (D1 2017: 3-4). Die daraus abgeleiteten Konzeptbausteine dienten anschließend der Forschungsgruppe zur Konzeptentwicklung (vgl. D2 2017: 2-3).

GeSo Orth:

Die Konzeptbausteine werden nun aufgelistet und anschließend anhand der Auswertungen und Ergebnisse genauer erläutert und begründet, um die Entstehung und Wichtigkeit der einzelnen Konzeptbausteine zu unterstreichen.

GeSo Orth							
Konzeptbausteine	Medizinische Vorsorge und Versorgung	Soziale Vorsorge und Versorgung	Soziale Arbeit	Architektur und Lage	Information und Orientierung	Organisierte Vernetzung	Selbstorganisation und Mitgestaltung
Merkmale	Allgemein Medizin • Social Prescribing • Telemedizin • GUK	Kinderbetreuung	Beratung	wohlfühlen	Portier	Sozialraum= teams	Community Ownership • Gemeinnütziger Betrieb • Beteiligungsmodell
	bestehende Dienste nutzen • Physiotherapie • Ergotherapie • Logotherapie • Ernährungsberatung • Geburtshilfe	Angebote und Unterstützung für pflegende Angehörige	Information	Privatsphäre	Social Media	Nachbarschaftshilfe	
	Fachärzt*inne integrieren	Sozialer Treffpunkt • Mittagstisch • Ort der Begegnung • Jugendzentrum	Aufsuchende Sozialarbeit	Zentrale Lage	Webauftritt	Vernetzung der Vereine	
	Apotheke integrieren		Case Management	Gute Anbindung an Zentrum	PR	Mobile Dienste	
	Beratung und Selbsthilfe			Sozialraum= orientierung		Inklusive Angebote	
	Bildungs- und Lernangebote für alle			Soziale Anamnese		Blaulicht= organisationen anbinden	
	Psychosoziale Versorgung • Krisenintervention • Außensprechstunde PSD						
	Interprofessionelle Zusammenarbeit						

Abbildung 33: Konzeptbausteine GeSo Orth; Quelle: eigene Darstellung

11.8.2 Medizinische Vorsorge und Versorgung

Der Konzeptbaustein „medizinische Vorsorge und Versorgung“ setzt sich aus mehreren Merkmalen zusammen:

- Allgemeinmedizin
- Verortung bestehender Dienste
- Fachärzt*innen integrieren
- Apotheke integrieren

Außerdem wurden noch vier weitere Merkmale genannt, welche sowohl im Zusammenhang mit dem Konzeptbaustein „Soziale Vorsorge und Versorgung“ als auch mit dem Konzeptbaustein „Soziale Arbeit“ stehen. Diese werden zu einem späteren Zeitpunkt gemeinsam erläutert.

In der Auswertung des Konzeptbausteins „medizinische Vorsorge und Versorgung“ zeigen sich Bedarfe an einer Versorgung durch Medizinisches Fachpersonal und durch Medikamente. Der Bedarf an medizinischem Fachpersonal wird von den Beteiligten dadurch begründet, dass die bestehende bzw. die zukünftige Allgemeinmedizin der Gemeinde angepasst werden muss. Bürger*innen äußern die Notwendigkeit einer Nachfolge für den derzeitigen Allgemeinmediziner aufgrund seiner bevorstehenden Pensionierung (vgl. A1 2018: Zelle M15).

Zusätzlich sollen mit einer Nachfolge auch die Öffnungszeiten und die Angebote angepasst werden (vgl. D1 2017: 2). Sowohl Expert*innen als auch Beteiligte des Bürger*innen-Cafés zeigten Interesse an modernen digitalen Technologien. Insbesondere wird die Idee der Telemedizin als Erweiterung der medizinischen Versorgung in Betracht gezogen (vgl. D2 2017: 6; 21 2018: Zelle B23). Auch sieht die Bevölkerung die Notwendigkeit einer erhöhten medizinischen Versorgung außerhalb der derzeitigen Ordinationszeiten. Jedoch zeigt sich hier das Bewusstsein, dass eine Versorgung rund um die Uhr nicht möglich sein wird bzw. auch nicht erforderlich ist (A1 2018: B23). Um die Versorgung mit Medikamenten zu gewährleisten, wird im Zuge aller Forschungsprozesse immer wieder das Fehlen einer öffentlichen Apotheke thematisiert (vgl. A1 2018: Zellen B23; E13; O21).

Neben der Bedarfsformulierung wurden auch Ideen und Lösungsansätze erarbeitet. Wichtig erscheint es den Beteiligten, bereits bestehende Dienste und Fachärzt*innen zu berücksichtigen und diese bei Interesse zu integrieren (A1 2018: Zelle O23). Die Überweisung und Weitervermittlung von Patient*innen zu diversen Diensten funktionierte bisher reibungslos und man möchte diese daher auch in Zukunft beibehalten. Somit stehen die Kooperationen zwischen diversen medizinischen Anbieter*innen im Fokus (D1 2017: 4). Auch bestehen bereits Kooperationen mit diversen Fachärzt*innen in der Umgebung. Die Beteiligten merken jedoch an, dass vermehrt ein Bedarf und Interesse an Ärzt*innen mit Kassenverträgen besteht, da die medizinische Versorgung im zukünftigen Zentrum für alle Bevölkerungsgruppen zugänglich sein soll (A1 2018: Zelle B23). Zusätzlich erscheint es der Bevölkerung wichtig, dass die medizinische Versorgung durch Fach*ärztinnen immer wieder direkt in der Gemeinde angeboten werden soll, um die Wegstrecken gering zu halten (vgl. A1 2018: Zelle O23).

11.8.3 Soziale Vorsorge und Versorgung

Der Konzeptbaustein der „Sozialen Vorsorge und Versorgung“ unterteilt sich in die Merkmale:

- Kinderbetreuung
- Angebote und Unterstützung für pflegende Angehörige
- Sozialer Treffpunkt

Die Beteiligten äußern einen Bedarf an Kinderbetreuung im Notfall, welche jedoch nicht als regelmäßige bzw. grundsätzliche Betreuung genutzt werden soll, da es bereits bestehende Betreuungsformen wie Hort, Kindergarten etc. gibt (vgl. D2 2017: 2). Zudem gibt es viele pflegende Angehörige in der Gemeinde. Hier wäre es wünschenswert, mehr Angebote zur Entlastung der genannten Zielgruppe zu finden (vgl. A1 2018: Zelle L15).

Der Bedarf an einem sozialen Treffpunkt wird in allen Erhebungen immer wieder kommuniziert. Es fehlt vielen Bevölkerungsgruppen an Austausch und Beschäftigung. Insbesondere werden als Zielgruppen ältere Menschen (vgl. A1 2018: Zelle B15), Jugendliche (vgl. A1 2018: Zelle B15; C15; D17) und Menschen mit Behinderungen genannt (vgl. A1 Zelle 2018: B15).

Insgesamt wünschen sich viele Beteiligte die Schaffung eines Ortes, um einander zu treffen (vgl. A1 2018: Zelle B18). Dieser Treffpunkt soll generationenübergreifend sein und somit Jung und Alt verbinden (vgl. D2 2017: 2). Jung und Alt sollen das jeweilige Wissen austauschen und voneinander profitieren (vgl. D2 2017: 5).

Der soziale Treffpunkt soll an ein medizinisches bzw. medizinisches Angebot angebunden sein und fehlenden Tagesstrukturen entgegenwirken (vgl. A1 2018: Zelle L15 & D2 2017: 5). Dies könnte als Café oder Bücherei umgesetzt werden (D1 2017: 3 & D2 2017: 5). Grundsätzlich sehen die Bevölkerung und die Expert*innen den Bedarf an einer Belebung des Ortskernes, um den Austausch zwischen den Generationen und die Einbindung von Zugezogenen zu gewährleisten (vgl. A1 2018: C23).

Innerhalb des Bürger*innen-Cafés entstanden bereits erste Ideen zu Angeboten wie Tanzkursen, Sportprogrammen etc., um einen sozialen Treffpunkt zu gestalten (vgl. D2 2017: 7).

11.8.4 Soziale Arbeit

Der Konzeptbaustein „Soziale Arbeit“ unterteilt sich in die genannten Merkmale:

- Beratung und Information
- Aufsuchende Sozialarbeit
- Case Management
- Soziale Anamnese
- Sozialraumorientierung

Die Beteiligten ordnen Beratung und Vermittlung von Informationen insbesondere der Sozialen Arbeit zu. Gemeint ist eine Unterstützung bei Fragen zu und Hilfe bei Menschen mit Behinderung, Pflegegeld und diversen Betreuungsformen (vgl. D1 2017: 4).

Die Sozialarbeiter*innen sollen als zentrale Ansprechpersonen im Zentrum dienen, alle Angebote koordinieren und die Bevölkerung darüber informieren (vgl. D2 2017: 2). Zusätzlich wird ein Bedarf an aufsuchender Sozialarbeit geäußert. Dieser Bedarf wird dadurch begründet, dass einige Bevölkerungsgruppen womöglich das Zentrum nicht aufsuchen können (vgl. D2 2017: 2). Um diese Bevölkerungsgruppen nicht vom Angebot des zukünftigen Zentrums auszuschließen, bedarf es einer Gemeindesozialarbeiter*in, welche Hausbesuche anbietet und somit vor Ort berät, unterstützt und hilft (vgl. D2 2017: 4).

Die Merkmale Case Management, Soziale Anamnese und Sozialraumorientierung sind Verknüpfungen von der Forschungsgruppe zwischen den empirischen Daten und den relevanten Theorien der Sozialen Arbeit sowie der Gesundheitswissenschaft. Erklärungen zu diesen können in den entsprechenden Kapiteln gefunden werden (siehe Kapitel 2 und Kapitel 5).

11.8.5 Überschneidende Konzeptbausteine

In der Erstellung der Konzeptbausteine zeigen sich auch Begriffe, welche sowohl die Bereiche der medizinischen Vorsorge und Versorgung als auch der sozialen Vorsorge und Versorgung sowie auch der Sozialen Arbeit umfassen:

- Beratung und Selbsthilfe
- Bildungs- und Lernangebote für alle
- Psychosoziale Versorgung
- Interprofessionelle Zusammenarbeit

Sowohl Expert*innen als auch die Bevölkerung äußern Bedenken hinsichtlich fehlender Beratungseinrichtungen in und um die Gemeinde. Hier wäre es wünschenswert, diese im Hinblick auf medizinische und soziale Beratung sowie Hilfe zur Selbsthilfe aufzubauen (vgl. A1 2018: Zelle G21). Sowohl die Expert*innen als auch die Beteiligten des Bürger*innen-Rates und des Bürger*innen-Cafés sehen Bedarf an Bildungs- und Lernangeboten für alle Mitglieder der Gemeinde. Als erforderlich werden sowohl Gesundheitsangebote als auch Anlaufstellen für die ganze Familie bezeichnet, in denen Vorträge stattfinden können und offene Fragen beantwortet werden (vgl. A1 2018: Zelle D23). In Bürger*innen-Rat und Bürger*innen-Café entstand daher die Idee, dass inhaltliche Angebote wie Informationsveranstaltungen, Beratungen und Vorträge zu Gesundheits- und Sozialthemen von lokalen Expert*innen integriert werden sollen (vgl. D1 2017: 4). Es könnten Themen wie Ernährung, Umgang mit Stress, gesunder Lebensstil und vieles mehr behandelt werden. Wichtig erschien es der Bevölkerung den Gesundheitsbegriff umfangreich zu betrachten und zu schärfen. Um eine Stärkung des Gesundheitsbewusstseins zu erzielen wünschen sie sich Präventions- und Förderungsmaßnahmen. Dies soll durch gemeinsame Aktivitäten innerhalb der Gemeinde geschafft werden. (vgl. D1 2017:4). Die Angebote sollen begleitet und niederschwellig sein (vgl. D2 2017: 7).

Zusätzlich nehmen die Beteiligten einen Bedarf an einer besseren Betreuung für Menschen mit psychischen Erkrankungen wahr. Es besteht ein erhöhter Bedarf an psychosozialen Diensten (vgl. A1 2018: Zelle C18). Neben der Akutversorgung fehlen auch Angebote wie Tageszentren, um eine Tagesstruktur zu entwickeln sowie betreute Wohnplätze (vgl. A1 2018: Zelle F17). Um in diesem Bereich eine Verbesserung zu erreichen, sind sowohl die erwähnten Einrichtungen als auch psychiatrische Fachärzt*innen, welche zumindest im Bezirk ansässig sind, erforderlich (vgl. A1 2017: Zelle E23). Den Bürger*innen und den Expert*innen ist es wichtig, dass ein Austausch zwischen den Berufsgruppen der Medizin und der Sozialen Arbeit stattfindet. Es benötigt dafür gemeinsame Ziele und ein gemeinsames Leitbild (vgl. D1 2017: 4). Die Mitarbeiter*innen sollen qualifizierte Personen aus verschiedensten Berufsgruppen sein (vgl. D2 2017: 2). Zusätzlich zu der Kooperation zwischen den Mitarbeiter*innen bedarf es einer Koordination und Vernetzung der verschiedenen Angebote im GeSo Orth, um einen größtmöglichen Erfolg zu erzielen und Notfalldienste zu entlasten (vgl. D2 2017: 4).

11.8.6 Architektur und Lage

Im Konzeptbaustein „Architektur und Lage“ sind folgende Merkmale zu finden:

- Wohlfühlen
- Privatsphäre
- Zentrale Lage
- Gute Anbindung an das Zentrum

Die Bürger*innen und Expert*innen hatten genauere Vorstellungen davon, wie das Zentrum gelegen und gestaltet sein sollte, damit die Bevölkerung es gut annehmen kann. Es soll als Ruheinsel zur Entspannung gesehen werden. Dafür benötigt es einen Garten, in dem die Natur erlebt werden kann (vgl. A1 2018: Zelle D23). Wichtig ist den Beteiligten, dass keine Krankenhausatmosphäre entsteht, sondern es soll vielmehr eine Wohlfühlatmosphäre geschaffen werden (vgl. D2 2017: 6).

Damit sich die Nutzer*innen des Zentrums auch wohlfühlen können, benötigen sie Privatsphäre. Um eine Stigmatisierung zu vermeiden, soll es nicht auffallen, wenn die Nutzer*innen Angebote wahrnehmen, die sie als peinlich empfinden (vgl. D2 2017: 7). Dies soll architektonisch gelöst werden, aber es soll auch das Angebot der nachgehenden Sozialarbeit bzw. der Hausbesuche geben (vgl. D2 2017: 4). Die nachgehende Sozialarbeit und die Hausbesuche des medizinischen Personals soll nicht nur der möglichen Stigmatisierung entgegenwirken, sondern auch Menschen versorgen, welche aus Mobilitätsgründen das Zentrum nicht aufsuchen können (vgl. D2 2017: 4).

Diese Problematik kann jedoch dadurch behoben werden, dass das Zentrum zentral angelegt wird und über eine gute Anbindung verfügt. Im Moment beschreibt die Bevölkerung viele Wege zur medizinischen Versorgung als zu weit entfernt (vgl. A1 2018: b15). Deshalb soll das Zentrum neu und zentral errichtet werden (vgl. A1 2018: Zelle B24). Da auch eine Problematik hinsichtlich der Mobilität besteht, ist es den Bürger*innen wichtig, dass die Infrastruktur unter Berücksichtigung alternativer Mobilitätsformen ausgebaut wird (vgl. D2 2017: 6).

11.8.7 Informationen und Orientierung

Sowohl beim Bürger*innen-Rat als auch beim Bürger*innen-Café wurden bereits Lösungsvorschläge zur Gewährleistung von Information und Orientierung für die Nutzer*innen erarbeitet:

- Portier*in
- Social Media

Die Bürger*innen in der Gemeinde wissen bereits über das vielfältige und große Angebot Bescheid, jedoch fehlt es an einer Übersicht (vgl. A1 2018: E15). Daher wurden Konzeptbausteine entwickelt, um den Informationsfluss und die Orientierung für alle Nutzer*innen zu erleichtern. Es benötigt eine zentrale Ansprechperson, welche die Angebote koordiniert und darüber informiert (vgl. D2 2017: 2). Diese Ansprechperson soll auch als Schnittstelle dienen und über weitere Angebote in und um die Gemeinde informieren (vgl. D2 2017: 4). Die Bevölkerung wünscht sich zusätzlich sowohl Informationsmaterialien als auch Zeitschriften, um über die umfangreichen Angebote der Gemeinde und der Region auf dem Laufendem zu sein (vgl. A1 2018: Zelle D18).

11.8.8 Organisierte Vernetzung

Es entstand zusätzlich der Baustein der „organisierten Vernetzung“, welcher folgende Merkmale beinhaltet:

- Mobile Dienste
- Inklusive Angebote
- Blaulichtorganisation anbinden

Zusätzlich gibt es auch das Merkmal der Nachbarschaftshilfe, welches sich auch im Konzeptbaustein der Selbstorganisation und Mitgestaltung wiederfindet. Daher wird dieser im Anschluss der beiden Konzeptbausteine thematisiert. Wie bereits im Hinblick auf das Merkmal Privatsphäre sehen die Beteiligten einen Bedarf an Hausbesuchen mit dem Ziel, dass mobil eingeschränkte oder temporär verhinderte Menschen versorgt werden. Diese Versorgung soll jedoch nicht nur ein medizinisches Angebot beinhalten, sondern auch zur seelischen Unterstützung dienen (vgl. A1 2018: Zelle G26). Neben der medizinischen und sozialen Versorgung wird ein Bedarf an Pflegeunterstützung wahrgenommen (vgl. A1 2018: Zelle E18).

Außerdem besteht ein Bedarf an Angeboten für Menschen mit Behinderungen (vgl. A1 2018: E18). Das Bürger*innen-Café sieht Möglichkeiten, zum einen mehr inklusive Angebote für Menschen mit Behinderungen zu entwickeln, zum anderen das Zentrum inklusiv zu gestalten. Inklusion erscheint der Bevölkerung insgesamt als sehr wichtig (vgl. D2 2017: 2) Eine zusätzliche Vernetzung und Anbindung an die Blaulichtorganisationen der Gemeinde und Region ist essentiell. Dafür benötigt es aus Sicht der

Expert*innen und Bürger*innen eine Zusammenarbeit zwischen der Rettung, der Polizei und der Freiwilligen Feuerwehr mit dem zukünftigen Zentrum (vgl. A1 2018: Zelle B23).

11.8.9 Selbstorganisation und Mitgestaltung

Vor allem die Bürger*innen sehen großen Wert in der „Selbstorganisation und Mitgestaltung“. Es entstanden die Merkmale:

- Community Ownership
- Nachbarschaftshilfe

Die Beteiligten des Bürger*innen-Cafés und des Bürger*innen-Rats sehen das Zentrum als eine gemeinnützige Organisation. Daher möchten sie sich auch ein Teil von diesem sein. Es besteht die Idee, ein Modell zu entwickeln, das interessierte Bürger*innen der Gemeinde zu Anteilnehmer*innen machen könnte (vgl. D1 2017: 4).

Die Betreiber*innen sollen Sorge dafür tragen, dass das Zentrum erforderliche Qualitätsanforderung erfüllt und aufrechterhält. Das Zentrum soll krisensicher sein und das Gemeinschaftsgefühl fördern, jedoch nicht profitorientiert sein (vgl. D1 2017: 4).

Um das Gemeinschaftsgefühl und die Mitgestaltung noch stärker zu fördern, sieht die Bevölkerung weiters Bedarf an der Nachbarschaftshilfe. Diese Eigenverantwortung jedes Mitglieds der Gemeinschaft soll in Richtung Nachbarschaftshilfe gestärkt werden. Diese soll wie der soziale Treffpunkt generationenübergreifend sein (vgl. D2 2017: 2). Die Bevölkerung, insbesondere die unterschiedlichen Generationen innerhalb der Bevölkerung sollen durch einen Wissens- und Fähigkeitsaustausch voneinander profitieren (vgl. D2 2017: 7). Die Gegenseitigkeit und der Mut zum Ehrenamt sollen gestärkt werden und somit auch das gute Gefühl erzeugen, dass die Menschen der Gemeinschaft einander unterstützen (vgl. D2 2017: 5).

Nach der Entwicklung der Konzeptbausteine anhand der ausgewerteten Merkmale der empirischen Daten wurden diese von der Forschungsgruppe dazu benutzt, um konkrete Konzeptvorschläge für das Projekt GeSo Orth zu entwickeln.

11.9 Konzeptualisierung

Bei der Konzeptualisierung wurde der Bezug auf die Innovationsforschung und -theorien (siehe Kapitel 10), auf Best Practice-Modelle (siehe Kapitel 9) und auf den gesellschaftlichen Rahmen vertieft. Am Beispiel GeSo Orth wurden die Konzeptbausteine anhand der empirischen Forschung gemeinsam ausgewertet und entwickelt. Anschließend wurden diese mit Hilfe von bereits bestehenden Modellen mit Rücksicht auf die speziellen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen zu Konzeptvorschlägen geformt. Um den Auftraggeber*innen unterschiedliche Varianten für ein Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung anbieten zu können, teilte sich die Forschungsgruppe auf, sodass insgesamt vier unterschiedliche Konzeptvorschläge erstellt wurden. Diese werden nun kurz vorgestellt. Alle Konzeptvorschläge sind detailliert im Teil II zu finden.

11.9.1 GeSo Flex

Der Konzeptvorschlag „GeSo Flex“ orientiert sich am bereits bestehenden Konzept eines Best Practice-Modells. Das bestehende Konzept wurde als Basis verwendet und anhand der aufgrund des Bedarfes der Gemeinde entwickelten Konzeptbausteine adaptiert. Der Fokus dieses Konzepts liegt auf der Flexibilität auf allen Ebenen, einer partizipativen Weiterentwicklung und der Verbindung zu bestehenden Einrichtungen. Es soll eine partizipative und ausbaufähige Organisation sein. Das Angebot setzt sich aus einer Tagesstruktur für alle Altersgruppen zusammen sowie einem 24stündigen Bereitschaftsdienst, welcher die soziale und medizinische Versorgung gewährleisten soll. Zusätzlich bietet das „GeSo Flex“ sowohl eine Sozial- und Gesundheitsberatung und eine medizinische Versorgung und Krankenpflege als auch einen sozialen Treffpunkt. Das Zentrum soll inklusiv und barrierefrei sein. Es dient als Informations- und Orientierungspunkt und setzt auf organisierte Vernetzung und den Gedanken des Community Ownership.

11.9.2 GeSo am Wald

„GeSo am Wald“ legt den Schwerpunkt auf zielgruppenübergreifende Tagesstrukturprojekte, welche die lokalen Ressourcen des Nationalparks Donau-Auen nutzen. Es dient zur Mehrfachnutzung, da in der Gemeinde nur ein beschränktes Angebot für die verschiedenen Zielgruppen vorhanden ist. Der Konzeptvorschlag „GeSo am Wald“ legt seinen Schwerpunkt zwar auf die Schaffung von Tagesstrukturprojekten, deckt jedoch

trotzdem die Bereiche Informationsvermittlung, medizinische und soziale Versorgung sowie Bildungs- und Lernangebote ab.

11.9.3 An einem Ort rundum versorgt

Dieser Konzeptvorschlag bezieht sich auf den ganzheitlichen Gesundheitsbegriff und spricht somit das körperliche, geistige und soziale Wohlergehen an. Neben dem ganzheitlichen Gesundheitsbegriff setzt es auf eine umfassende Versorgung an einem zentralen Ort. Es soll neben der ärztlichen Versorgung auch pflegerische Angebote, Telemedizin, eine Apotheke sowie die psychosoziale Versorgung und Soziale Arbeit umfassen. Zusätzlich ist ein Café als sozialer Treffpunkt angedacht. Der Konzeptvorschlag strebt eine Vernetzung mit diversen Gesundheitsdienstleistern und eine Versorgung rund um die Uhr an.

11.9.4 Orther Gesundheits- und Sozialnetz

Das Konzept des „Gesundheits- und Sozialnetzes“ setzt seine Schwerpunkte auf die Revitalisierung eines Leerstandes, auf die Schaffung von Verbindungen und das Zulassen von Beteiligung. Die Ressourcenorientierung und Vernetzung stehen im Vordergrund. Bestehende Angebote im Gesundheits-, Sozial- und kommunalen Bereich sollen miteinander vernetzt und die Nachbarschaftshilfe gefördert werden. Das Konzept sieht zusätzlich einen sozialen Treffpunkt in Form eines Cafés vor, das als Teil eines Berufsintegrationsprojektes betrieben werden kann. Das „Orther Gesundheits- und Sozialnetz“ nutzt einen zentral gelegenen Leerstand, von dem aus die Vernetzung zu anderen Räumlichkeiten und Partner*innen stattfinden kann. Außerdem bietet das Konzept eine medizinische Versorgung an Werktagen, umfasst jedoch auch Randzeiten, um allen Mitgliedern der Gemeinde eine Nutzung zu ermöglichen. Zusätzlich zur organisierten Vernetzung der Orther*innen durch eine Nachbarschaftshilfe, setzt dieser Konzeptvorschlag auf ein interprofessionelles Team aus Mediziner*innen, Fachkräften aus dem medizinnahen Bereich sowie Sozialarbeiter*innen.

Trotz gemeinsamer Konzeptbausteine ließen sich vier unterschiedliche Konzeptvorschläge entwickeln. Der Großteil der Konzeptbausteine ist in allen zu finden, jedoch wurden diese unterschiedlich ausgestaltet. Alle Vorschläge wurden in der Forschungsgruppe präsentiert. Nach der gemeinsamen Reflexion wurden die Konzepte nochmals weiterentwickelt, um sie anschließend in der Kommunikativen Validierung vorzustellen.

11.10 Kommunikative Validierung

Lisa Stöger

Dieses methodische Verfahren dient dazu, sich der Gültigkeit der Interpretationen einer empirischen Forschung zu vergewissern (vgl. Klüver 1979: 69). Forscher*innen und Interviewpartner*innen evaluieren die Interpretationen des Forschungsteams, um diese von Missverständnissen oder Fehlinterpretationen zu befreien (vgl. Hahn 2003: 67) Ziel ist es, einen Konsens hinsichtlich der Interpretationen zwischen Forscher*innen und Interviewpartner*innen zu erreichen. Eine weitere Strategie der kommunikativen Validierung ist die Erweiterung des Forschungsteams. Es werden Expert*innen hinzugezogen, um die Interpretationen zu diskutieren. Dies dient dazu, Interpretationen mit Insider- und Outsider-Perspektiven zu kombinieren (vgl. Ziegau 2015: 250).

Durch die Erarbeitung der Konzeptbausteine und ihre Konzeptualisierung entstanden erste Konzeptvorschläge. Um eine falsche Interpretation der Ergebnisse zu vermeiden, wurde die Kommunikative Validierung angewendet.

■ GeSo Orth: Auswahl und Einladung der Teilnehmer*innen

Nachdem erste Konzeptvorschläge anhand der erhobenen Konzeptbausteine erstellt worden waren, wurde die kommunikative Validierung geplant. Die Forschungsgruppe wählte diverse Stakeholder, ausgewählte Beteiligte und Auftraggeber*innen für die Validierung aus.

Einerseits wurden Interviewpartner*innen dazu eingeladen, Interpretationen der erhobenen Daten zu diskutieren. Andererseits wurden die Auftraggeber*innen hinzugezogen, um ihr Feedback zu den entstandenen Konzepten zu erhalten. Die Stakeholder nahmen die Rolle der Expert*innen ein. Sie dienten dazu, die Konzeptvorschläge kritisch unter die Lupe zu nehmen und anhand ihrer Expertise und ihrer Erfahrung zu evaluieren. Die Stakeholder repräsentieren diverse Anspruchsgruppen, die für ein gewisses Feld wichtig sind (vgl. Heinen 2013: 139). Im Falle des GeSo Orth spielten diverse Expert*innen aus dem Medizin- und Gesundheitswesen als auch der Gemeinwesenarbeit eine wichtige Rolle.

■ GeSo Orth: Ablauf der kommunikativen Validierung

Nach einer Begrüßung und der Vorstellung der Forschungsgruppe erhielten die Anwesenden einen Überblick über das Projekt GeSo Orth. Dies diente dazu, das Projekt vorzustellen bzw. in Erinnerung zu rufen, da einige Teilnehmer*innen der kommunikativen Validierung bereits in Kontakt mit dem Projekt gekommen waren. Es wurde die Idee bzw. der Auftrag an die Forschungsgruppe und das GeSo Orth thematisiert.

Anschließend wurden die vier erstellten Konzeptvorschläge von den jeweiligen Studierenden vorgestellt. Die Studierenden erstellten für den jeweiligen Konzeptvorschlag Flipcharts. Die Gestaltung der Flipcharts orientierten sich an den folgenden Fragen:

- Was ist das Innovative, das Spezielle am Konzept?
- Was bietet das Konzept?
- Welche Rahmenbedingungen sind gegeben?

Nach den Präsentationen der Konzeptvorschläge folgte ein Gallery Walk mit Diskussion. Der Gallery Walk ist eine Moderationsmethode, die vorsieht, dass die Teilnehmer*innen im Rahmen eines Rundganges anhand von Postern etc. die Projektergebnisse begutachten können und anschließend mit den Ersteller*innen genauer erläutern können (vgl. Kaufmann 2012: 238).

Im Gallery Walk platzierte sich jede Konzeptgruppe im Raum. Die Teilnehmer*innen wanderten von Konzept zu Konzept. Es konnten mittels färbiger Kärtchen nochmals Verständnisfragen gestellt, aber auch Rückmeldungen gegeben werden. Grüne Kärtchen hoben die Stärken des jeweiligen Konzeptes hervor, rote die Schwächen. Zusätzlich gab es noch gelbe Kärtchen, auf denen die Mängel thematisiert werden konnten, und weiße Kärtchen dienten dazu, auf offene Fragen hinzuweisen.

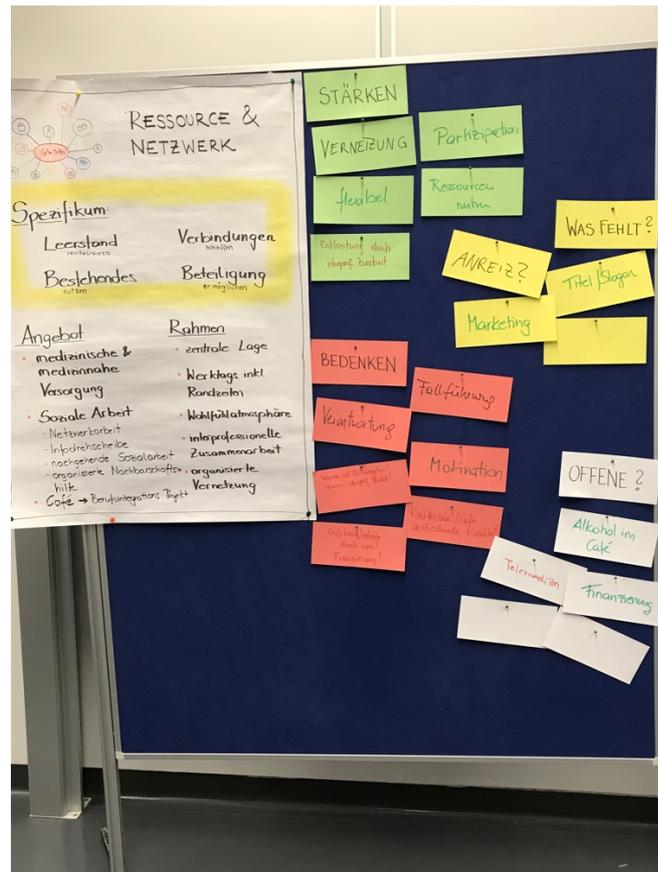


Abbildung 65: Beispiel eines Posters aus dem Gallery Walk; Quelle: eigenes Foto

Nachdem alle Teilnehmer*innen Feedback für alle Konzepte innerhalb des Gallery Walk abgeben konnten, erfolgte die Gruppenzusammenschau.

In der Gruppenzusammenschau erhielt jede Kleingruppe ein Flipchart, auf dem vier allgemeine Fragen zu den Konzeptvorschlägen zu beantworten waren:

- Was wäre schön, ist aber kein Muss?
- Was darf auf keinen Fall fehlen?
- Was muss noch geklärt werden?
- Was geht gar nicht?

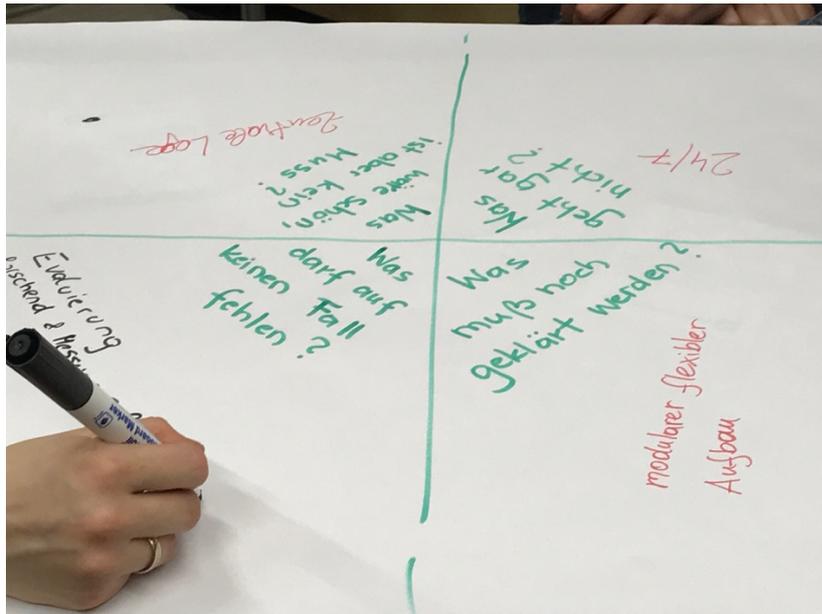


Abbildung 34: Tisch-Flipchart; Quelle: eigenes Foto

Nachdem die Kleingruppen einige Zeit erhalten hatten, um die Fragen zu diskutieren und zu beantworten, wurden die Ergebnisse in einem Plenum zusammengetragen und festgehalten. Auch hier fand ein anregender Austausch und Diskussionen zwischen allen Teilnehmer*innen statt. In einer Abschlussrunde wurde Feedback zum Projektverlauf und zu den Ergebnissen eingeholt.

Die kommunikative Validierung wurde dokumentiert und anschließend in die Evaluierung der Konzeptvorschläge eingearbeitet. Mit Hilfe des Feedbacks und der Interpretationsabklärung sowohl mit den Auftraggeber*innen als auch mit den Interviewpartner*innen sowie des Wissensaustauschs mit den Stakeholdern wurde es der Forschungsgruppe ermöglicht, die einzelnen Konzepte anhand einer anschließenden SWOT-Analyse zu reflektieren und zu überarbeiten.

Die Kommunikative Validierung brachte neue Ideen und Einblicke bzw. bestärkte diese die Einschätzungen hinsichtlich Schwächen und Stärken der einzelnen Konzeptvorschläge. Leider nahmen an der Veranstaltung nur wenige Expert*innen teil, welche der Forschungsgruppe mehr Erfahrungsberichte hätten bieten bzw. offene Fragen hätten beantworten können. Jedoch zeigte sich ein hohes Interesse der aus der Bevölkerung eingeladenen Personen. Deren Feedback und kritischer Blick auf die Konzeptvorschläge trugen viel dazu bei, die Konzeptvorschläge an den Bedarf der Marktgemeinde Orth an der Donau treffsicherer anzupassen.

Interessierten Studierenden, welche eine Kommunikative Validierung planen, empfiehlt die Forschungsgruppe eine rechtzeitige Einladung aller am Prozess Beteiligten. Dies kann durch unterschiedliche Kommunikationsformate erfolgen, welche im Kapitel „Projektkommunikation“ dargelegt werden.

11.11 SWOT-Analyse

Magdalena Seidl

Um die vier erarbeiteten Konzepte für ein Gemeinwesenzentrum mit integrierter Primärversorgung inhaltlich vergleichen und analysieren zu können, wurde die SWOT-Methode verwendet. Das aus der Betriebswirtschaftslehre stammende Managementinstrument ist ein einfaches, systematisiertes Instrument, um Entwicklungen und Bedingungen für die Zielerreichung eines Projekts analytisch zu erarbeiten. Dabei wird der Fokus sowohl auf interne Faktoren wie Stärken (*strengths*) und Schwächen (*weakness*) als auch externe Faktoren wie Chancen (*opportunities*) und Risiken (*threats*) gelegt (vgl. Wollny/Paul 2015: 189).

Dieses Instrument dient dazu, folgende vier Fragen zu beantworten:

- Was kann das Konzept gut?
- Worin kann das Konzept nicht so gut?
- Wo werden Chancen in der Konzeptumwelt gesehen?
- Welche Risiken birgt das Konzept?

Für eine aussagekräftige Analyse ist es wichtig, dass zu erreichende Ziel vorher klar zu formulieren. Außerdem sollte darauf acht gegeben werden, externe Chancen nicht mit den internen Stärken zu verwechseln. Da die SWOT-Analyse eine „verbalargumentative“ (Wollny / Paul 2015: 190) Methode ist, werden anhand dieser Zustände bewertet und keine Strategien erarbeitet. Umbach (2018:377) gibt als häufigen Fehler bei einer SWOT-Analyse zudem an: „Die Stärken und Schwächen werden als absolute Größen angesehen – sie sind aber erst im Vergleich mit der Konkurrenz relevant.“

Stärken (Strengths)	Schwächen (Weakness)
Chancen (Opportunities)	Risiken (Threats)

Abbildung 35: SWOT Analyse; Quelle: Eigene Darstellung nach Wollny / Paul (2015)

In einer (hier exemplarisch dargestellten) Tabelle werden die Daten des Projekts eingetragen. Anschließend werden sowohl Gemeinsamkeiten als auch Alleinstellungsmerkmale diskutiert, herausgearbeitet und analytisch verglichen.

11.12 Projektkommunikation

Lisa Stöger

Die Projektkommunikation zeigt sich innerhalb eines Forschungsprojektes als eine wichtige Aufgabe. Es sollen jegliche Beteiligte, ob Projektmitglieder, Auftraggeber*innen, Stakeholder oder Außenstehende, über die Projektidee und den Stand des Projektes informiert werden. Dabei können die Auftraggeber*innen den Projektverlauf und die Einhaltung des Zeitplanes im Auge behalten, Betroffene können das Projekt und dessen Auswirkungen innerhalb ihres Umfeldes beobachten und zusätzlich kann die Projektkommunikation als Informationsquelle für alle Interessierten dienen (vgl. Bär et al. 2017: 133).

Innerhalb der Planungsphase des Projektes wurde auch ein Kommunikationskonzept entwickelt, um die gewünschten Zielgruppen mit den Informationen über das Projekt zu erreichen.

11.13 GeSo Orth: Kommunikationskonzept

Die Forschungsgruppe entwickelte gemeinsam anhand des Projektplanes ein Kommunikationskonzept. Ziel war es, die Auftraggeber*innen, die Bevölkerung und Interessierte regelmäßig mit Informationen über das Projekt und dessen aktuellen Stand und Verlauf zu versorgen. Um die verschiedenen Zielgruppen zu erreichen, wurden diverse Medien und verschiedene Formen gewählt. Die Zielgruppen sollten entsprechend dem Projektplan regelmäßig informiert werden.

Genutzte Medien waren:

- Blog
- Facebook
- Gemeindezeitung
- NÖN
- Persönliche Vernetzungstreffen
- Präsentationen beim Primärversorgungssymposium

- Präsentation im Bromley by Bow
- Vernetzung mit Stakeholder

11.13.1 GeSo Orth: Blog & Facebook

Bei der Entwicklung des Kommunikationskonzepts für das Projekt entschied sich die Forschungsgruppe für einen digitalen medialen Auftritt. Hierfür wurde ein Blog eingerichtet. Dieser wird von allen Studierenden der Forschungsgruppe wöchentlich mit Beiträgen bespielt. Beiträge können Informationen über Methoden oder Theorien, Einladungen und Rückblicke zu geplanten Veranstaltungen der Forschungsgruppe oder Berichte zu aktuellen Themen sein. Die Blogbeiträge sollen kurz und informativ sein und können auf weitere Seiten verweisen.

Darüber hinaus wurde auch eine Facebook-Seite erstellt. Diese wird meist zeitgleich mit dem Blog mit Inhalten bespielt. Wurde ein Blogbeitrag veröffentlicht, wurde kurze Zeit später auf der zusätzlich erstellten Facebook-Seite darauf hingewiesen. Ziel war es, eine möglichst große Zahl an Interessierten schnell und umfassend zu erreichen. Die Facebook-Beiträge mit dem dazugehörigen Link zum jeweils neuesten Beitrag waren öffentlich zugänglich und konnten geteilt werden.

Der Blog ist zu finden unter: orth.gemeinwesenzentrum.at

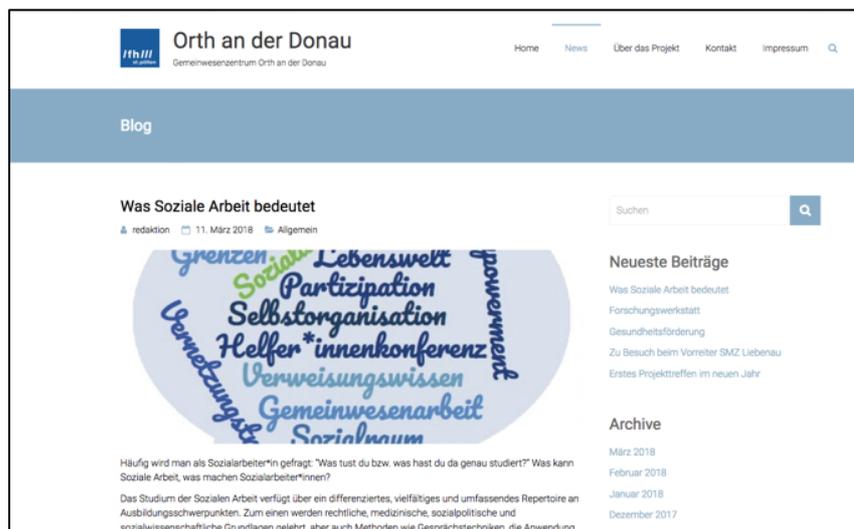


Abbildung 68: Blog; Quelle: orth.gemeinwesenzentrum.at



Abbildung 36: Facebookauftritt; Quelle: Facebook

11.13.2 Geso Orth: Gemeindezeitung & NÖN

Neben dem digitalen Auftritt des Forschungsprojektes gab es immer wieder Berichte in der lokalen Gemeindezeitung und in den Niederösterreichischen Nachrichten (NÖN). Mit diesem Medium konnte die ansässige Bevölkerung gezielt benachrichtigt werden. Die Berichterstattung erfolgte nicht durch die Forschungsgruppe, sondern durch engagierte und unabhängige Journalist*innen. In den Beiträgen wurden diverse Veranstaltungen zum Forschungsprojekt angekündigt und im Nachhinein über diese berichtet, um die Bevölkerung zu informieren.

11.13.3 GeSo Orth: Vernetzungstreffen Auftraggeber*innen

In regelmäßigen Abständen fanden Vernetzungstreffen mit den Auftraggeber*innen statt. Zu Beginn erfolgten diese oftmals vor Ort, da die Forschungsgruppe Orth an der Donau zur Durchführung der qualitativen Forschung besuchte. Die Anwesenheit der Forschungsgruppe in der Gemeinde wurde genutzt, um sich mit den Auftraggeber*innen auszutauschen. Hier wurden der Projektplan und der Projektverlauf evaluiert und der jeweilige IST-Stand der Forschung präsentiert. Die Forschungsgruppe nutzte diese Treffen auch, um offene Fragen mit den Auftraggeber*innen zu klären. Zur selben Zeit stand die Forschungsgruppe mit den Auftraggeber*innen per Mail in Kontakt. Sie wurden zu allen Veranstaltungen eingeladen und in das Projekt involviert, um zum einen die Beteiligten zu repräsentieren und zum anderen, um sich mit den Stakeholdern und deren Erfahrungsberichten auseinanderzusetzen.

11.13.4 GeSo Orth: Präsentationen bei Veranstaltungen

Die Forschungsgruppe nutzte auch die Gelegenheit, das Forschungsprojekt GeSo Orth bei diversen Veranstaltungen zu präsentieren. Die Projektidee und der jeweilige Stand des Projekts wurden kommuniziert. Diese Präsentationen wurden als Information für Interessierte, aber auch für den Austausch mit Expert*innen genutzt. Stakeholder wurden dadurch auf das Projekt aufmerksam gemacht bzw. konnte die Forschungsgruppe Kontakte knüpfen und weitere informelle Inputs erhalten.

11.13.5 GeSo Orth: Vernetzungstreffen Stakeholder

Da bei den Veranstaltungen viele Kontakte geknüpft werden konnten und das Interesse der Stakeholder durch die Präsentationen geweckt worden war, fanden auch Vernetzungstreffen mit den Stakeholdern statt. Diese Treffen erfolgten in unterschiedlichsten Settings, zum Beispiel beim Symposium für Primärversorgung oder direkt bei Interessenspartner*innen. Bei einem der Besuche eines Best Practice-Modells wurde die Forschungsgruppe von Stakeholdern begleitet. Diese Reise diente zur Vernetzung und zum Austausch, aber auch dazu, um bereits bestehende Modelle betreffend medizinischer und sozialen Versorgung kennenzulernen. Nicht nur die Forschungsgruppe profitierte von diesem Vernetzungstreffen, sondern auch die Stakeholder. Sie konnten sich selbst und ihre Institutionen vertreten und gezielt Kontakte knüpfen. Nach der gemeinsamen Reise standen alle Beteiligten im Austausch; Informationen und aktuelle Beiträge wurden weitergeleitet und konnten kommentiert werden. Die Stakeholder erhielten auch regelmäßige Updates über den Blog sowie Einladungen zu weiteren Get-together-Veranstaltungen.

Die Forschungsgruppe erlangte durch die verschiedenen Formen der Projektkommunikation immer wieder die Aufmerksamkeit von Interessierten. Diese konnten durch den medialen Auftritt des Forschungsprojektes immer am Laufendem bleiben und den Fortschritt des Projekts beobachten.

Literatur

Amt der NÖ Landesregierung (2013) (Hg.): Identität aufbauen – Gemeinschaft stärken – Verantwortung teilen: Ortsplanung mit der Bevölkerung. Das Handbuch zur BürgerInnenbeteiligung in der örtlichen Raumplanung für Niederösterreich. http://www.raumordnung-noe.at/fileadmin/root_raumordnung/beteiligungsassistent/dokumente/Handbuch-Beteiligung.pdf [12.11.2017].

Auer-Voigtländer, Karin / Schmid, Tom (2017): Strukturgeleitete Textanalyse zur systematischen Arbeit mit umfangreichen qualitativen Datenmaterial. Ein Beitrag zur qualitativen Auswertung vorstrukturierter Datenmaterials. In: soziales_kapital. wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschul-studiengänge soziale arbeit, 18 / 2017, 130–143. <http://soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/view/527/946> [04.02.2018].

Bär Christian / Fiege Jens / Weiß Markus (2017): Anwendungsbezogenes Projektmanagement. Praxis und Theorie für Projektleiter. Wiesbaden: Springer VS.

Bargatzky, Thomas (1997): Ethnologie: Eine Einführung in die Wissenschaft von den urproduktiven Gesellschaften. Hamburg: Buske.

Beer, Bettina (2003): Einleitung: Forschungsmethoden. In: Beer, Bettina (Hg.): Methoden und Techniken der Feldforschung. Berlin: Reimer, 9–31.

Bellanger, Silke (2015): Literaturrecherche. In: Diaz-Bone, Rainer / Weischer, Christoph (Hg.): Methoden-Lexikon für die Sozialwissenschaften. Wiesbaden: Springer VS, 246.

BMLFUW – Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasserwirtschaft / ÖGUT – Österreichische Gesellschaft für Umwelt und Technik (Hg.) (2012): Arbeitsblätter zur Partizipation. http://www.partizipation.at/fileadmin/media_data/Downloads/Arbeitsblaetter_neu/publikation_arbeitsblaetter.pdf [10.06.2017].

Bobens, Claudia (2006): Das ExpertInneninterview. In: Flaker, Vito / Schmid, Tom (Hg.): Von der Idee zur Forschungsarbeit. Forschen in Sozialarbeit und Sozialwissenschaft. Wien / Köln / Weimar: Böhlau Verlag, 319–332.

Bogner, Alexander / Littig, Beate / Menz, Wolfgang (2014): Interviews mit Experten. Eine praxisorientierte Einführung. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Brüsemeister, Thomas (2008): Qualitative Forschung. Ein Überblick. 2., überarbeitete Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, GWV Fachverlage GmbH.

BfZ – Büro für Zukunftsfragen (2010): Der BürgerInnen-Rat. Eine Informations- und Arbeitsmappe. Bregenz. unveröffentlicht.

BfZ – Büro für Zukunftsfragen (2012): Handbuch Bürgerbeteiligung für Land und Gemeinden. <http://www.vorarlberg.at/pdf/handbuchbuergerbeteiligun.pdf> [27.11.2017].

BfZ – Büro für Zukunftsfragen (2014): Bürgerräte in Vorarlberg. Eine Zwischenbilanz. http://www.vorarlberg.at/pdf/zwischenbilanz_buergerrae.pdf [12.11.2017].

BfZ – Büro für Zukunftsfragen (o.A.): Was ist ein BürgerInnen-Rat? http://www.vorarlberg.at/vorarlberg/umwelt_zukunft/zukunft/buerofuerzukunftsfragen/neuigkeiten_ohne_bild_buergerbeteiligung/buergerinnen-raeteinvorar/wasisteinbuergerinnen-rat.htm [12.11.2017].

CfWD – Center for Wise Democracy (o.A. a): Comparing Dynamic Facilitation with Traditional Facilitation. <http://www.wisedemocracy.org/page13/page39/page41/page41.html> [03.02.2018].

CfWD – Center for Wise Democracy (o.A. b): The Wisdom Council Process. http://www.wisedemocracy.org/page11/page18/wisdom/wisdom_council_process.html [03.02.2018].

DragonDreaming (2017): Wie ist es entstanden? <http://www.dragondreaming.org/de/wie-ist-es-entstanden/> [07.10.2017].

Duden online (o.A.): „Experte“. <https://www.duden.de/rechtschreibung/Experte> [Zugriff: 10.02.2018].

DFA – Dynamic Facilitation Associates (o.A.): About us: Our History. http://tobe.net/about_us/About/history.html [04.02.2018].

Flick, Uwe (2008): Design und Prozess qualitativer Forschung. In: Flick, Uwe / Kardoff, Ernst von / Steinke, Ines (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 6., aktualisierte Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 252–264.

Flick, Uwe (2016): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 7. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Früchtel, Frank / Budde, Wolfgang / Cyprian, Gudrun (2013): Erkundung von Stadtteilen und Netzwerken. In: Dies. (Hg.): Sozialer Raum und Soziale Arbeit. Fieldbook: Methoden und Techniken. 3. Auflage, Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, 105–137.

Froschauer, Ulrike / Lueger, Manfred (2003): Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG.

Girtler, Roland (2001): Methoden der Feldforschung. Wien / Köln / Weimar: Böhlau.

Hahn, Matthias (2003): Wende und Wandlung: Bildungsgeschichten ostdeutscher ReligionslehrerInnen in Zeiten gesellschaftlicher Umbrüche. Münster: LIT Verlag.

Heinen, Andreas (2013): Wer will das noch hören? Besucherstrukturen bei niedersächsischen Sinfonieorchestern. Wiesbaden: Springer VS.

Hopf, Christel (2006): Qualitative Interviews. Ein Überblick. In: Flick, Uwe / Kardoff, Ernst von / Steinke, Ines (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 349–360.

Initiative Allianz für Beteiligung e.V. (Hg.) (2016): (NEU)LAND GESTALTEN! Methoden und Praxisbeispiele für Bürgerbeteiligung in kleinen Städten und Gemeinden. http://www.netzwerk-buergerbeteiligung.de/fileadmin/Inhalte/thementeam/laendlicher_raum/AfB-Methodenhandbuch_WEB.pdf [10.06.2017].

Kaufmann, Uwe H. (2012): Praxisbuch Lean Six Sigma. Werkzeuge und Beispiele. München: Hanser Verlag.

Klüver, Jürgen (1979): Kommunikative Validierung – einige vorbereitenden Bemerkungen zum Projekt „Lebensweltanalyse von Fernstudium“. In: Heinze, Thomas (Hg.): Lebensweltanalyse von Fernstudenten. Theoretische und methodologische Überlegungen zum Typus hermeneutisch-lebensgeschichtlicher Forschung. Fernuniversität Hagen.

Koglin, Ilona / Blanke, Catriona / Croft, John / Dasi, Mandakini (2017): Dragon Dreaming, Projektdesign. <http://www.dragondreaming.org/dragondreaming/the-international-e-book/> [7.10.2017].

Kornmeier, Martin (2016): Wissenschaftlich schreiben leicht gemacht. Für Bachelor, Master und Dissertation. 7., überarbeitete Auflage, Bern: Haupt Verlag.

Kühn, Thomas / Koschel, Kay-Volker (2018): Gruppendiskussionen. Ein Praxis-Handbuch. 2. Auflage, Wiesbaden: Springer VS.

Lamnek, Siegfried / Krell, Claudia (2016): Qualitative Sozialforschung. 6., überarbeitete Auflage, Weinheim / Basel: Beltz Verlag.

Legewie, Heiner (1995): Feldforschung und teilnehmende Beobachtung. In: Flick, Uwe / Kardoff, Ernst von / Keupp, Heiner / Rosenstiel, Lutz von / Wolff, Stephan (Hg.): Handbuch Qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Auflage, Weinheim: Psychologie Verlags Union, 177–182.

Misoch, Sabina (2015): Qualitative Interviews. Berlin u.a.: De Gruyter Oldenbourg.

Nanz, Patrizia / Leggewie, Claus (2016): Die Konsultative: mehr Demokratie durch Bürgerbeteiligung. Berlin: Verlag Klaus Wagenbach.

Projektmagazin (o.A.): Stakeholdermanagement. <https://www.projektmagazin.de/methoden/stakeholdermanagement> [25.12.2017].

Sandberg, Berit (2017): Wissenschaftliches Arbeiten von Abbildung bis Zitat. Lehr- und Übungsbuch für Bachelor, Master und Promotion. 3., überarbeitete Auflage, Berlin / Boston: Walter de Gruyter GmbH.

Schreckeneder, Berta C. (2013): Projektcontrolling. Projekte überwachen, steuern, präsentieren. 4. Auflage, Freiburg: Haufe.

Schweiger, Alexandra (2016): Der österreichische diätologische Prozess im Vergleich mit dem prozessgeleiteten Arbeiten von ausgewählten MTD-Berufsgruppen und der Pflege. Der diätologische Prozess in der Praxis – Ergebnisse einer Fokusgruppe von Expertinnen/Experten. Bachelorarbeit, Fachhochschule St. Pölten.

Seliger, Ruth (2011): Einführung in die Großgruppen-Methoden. 2. Auflage, Heidelberg: Carl-Auer-Verlag.

Statistik Austria (2016): Bevölkerungsstand und -struktur 01.01.2016, Gemeinde: Orth an der Donau. Erstellt am: 03.08.2016. <http://www.statistik.at/blickgem/pr2/g30844.pdf> [09.04.2017].

The World Cafe Community (o.A.): Das World Café präsentiert... World Café to Go. Eine kurze Einführung, um Gespräche in Gang zu bringen... <http://www.theworldcafe.com/wp-content/uploads/2015/07/Germancafetogo.pdf> [06.03.2018].

Umbach, Günther (2018): Die SWOT-Analyse. In: Erfolgreich im Pharma Marketing. Wiesbaden: Springer Gabler.

Unger, Hella von (2014): Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis. Wiesbaden: Springer VS.

Wollny, Volrad / Paul, Herbert (2015): Die SWOT-Analyse: Herausforderungen der Nutzung in den Sozialwissenschaften. In: Niederberger, Marlen / Wassermann, Sandra (Hg.): Methoden der Experten- und Stakeholdereinbindung in der sozialwissenschaftlichen Forschung. Wiesbaden: Springer VS, 189–216.

Wöhler, Veronika / Arztmann, Doris / Winterseller, Teresa / Harrasser, Doris / Schneider, Karin (2017) (Hg.): Partizipative Aktionsforschung mit Kindern und Jugendlichen. Von Schulsprachen, Liebesorten und anderen Forschungsdingen. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Ziegau, Sebastian (2015): Die Abhängigkeit der Sozialwissenschaften von ihren Medien: Grundlagen einer kommunikativen Sozialforschung. Transcript Verlag.

Zubizarreta, Rosa / zur Bonsen, Matthias (Hg.) (2014): Dynamic Facilitation. Die erfolgreiche Moderationsmethode für schwierige und verfahrenere Situationen. Weinheim / Basel: Beltz Verlag.

Daten

- A1 Auswertung Expert*inneninterviews am 15.12.2017, verfasst von Oliver Auer, Sandra Herold, Sarah Laminger, Marlies Presser, Patricia Renner, Magdalena Seidl, Lisa Stöger.
- B1 Beobachtungsprotokoll Bürger*innen-Rat vom 23.09.2017, verfasst von Oliver Auer und Marlies Presser
- F15 Forschungslabor-Protokoll vom 16.12.2017, verfasst von Lisa Stöger.

12 Schlussbetrachtung und Ausblick

Oliver Auer, Sandra Herold, Sarah Maria Laminger, Marlies Presser, Patricia Renner, Magdalena Seidl, Lisa Stöger

Ziel des Forschungsprojekts GeSo Orth war es, Konzeptvorschläge für ein Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung für die Gemeinde Orth an der Donau zu erarbeiten und den Entwicklungsprozess in Form eines allgemeinen Handbuchs zu dokumentieren. In diesem Zusammenhang wurden die Herausforderungen für die primäre Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum aufgezeigt. Im Wesentlichen handelt es sich dabei um den demografischen Wandel im Zuge dessen der Anteil der Senior*innen und Hochbetagten an der Bevölkerung steigt, um die vermehrte Abwanderung der Menschen in die Städte und um die Ausdünnung der Versorgungsstruktur im ländlichen Raum. Die Zahl der Landärzt*innen sinkt, es mangelt an qualifiziertem Pflegepersonal, die Rettungsdienste sind überlastet und die teils überfüllten Spitäler sind oft nur schwer zu erreichen. Die sozialstaatliche Antwort auf diese Veränderungen ist die Errichtung von Primärversorgungseinheiten, die ein möglichst breites Spektrum an medizinischen und medizinnahen Diensten abdecken sollen. Nach Ansicht des Autor*innenteams, wird der Rolle der Sozialen Arbeit in der Umsetzung dieser Primärversorgungseinheiten zu wenig Aufmerksamkeit geschenkt.

Im Zuge des Forschungsprojektes wurde gezeigt, dass soziale Ungleichheit, die sich in unterschiedlichen Lebensbedingungen widerspiegelt, krank und hilfsbedürftig macht. Die lückenhafte Versorgungssituation verschärft die Situation sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen zusätzlich. Im gegenwärtigen Gesundheitssystem besteht jedoch ein Missverhältnis, da die vorhandenen Ressourcen nicht im ausreichenden Maße für die Beseitigung der eigentlichen Ursachen von Krankheit und Tod eingesetzt werden. Mit Strategien der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung wird versucht, dieses Missverhältnis zu entschärfen. Krankheitsprävention soll Risiken für bzw. Bedingungen von Krankheiten, wie z. B. soziale Ungleichheit und Armut, abwenden, während Gesundheitsförderung die individuellen Fähigkeiten zur Lebensbewältigung und Lebensgestaltung der Bevölkerung verbessern soll. Soziale Arbeit kann sowohl bei der Linderung von Armut und sozialer Ausgrenzung, als auch in der Förderung der Gesundheit eine bedeutsame Rolle spielen. Zentrale sozialarbeiterische Zugänge sind dabei die Lebensweltorientierung und der systemische Ansatz. Während die Lebensweltorientierung die sozialen Probleme im Alltag der Betroffenen in den Blick

nimmt, fokussiert der systemische Ansatz auf die zu behandelnden Probleme im Kontext gesellschaftlicher Systeme. Soziale Arbeit ist bereits im Gesundheitswesen verankert, mit dem vornehmlichen Ziel, die mit Krankheit verbundenen Risiken einer sozialen, beruflichen und finanziellen Benachteiligung abzuwenden. Zusätzlich könnte mit Rückgriff auf das Handlungskonzept der Gemeinwesenarbeit ein Teil zur Sicherung der ländlichen Versorgungsstrukturen geleistet und der soziale Zusammenhalt gefördert werden. Die Konzepte und Methoden der Sozialen Arbeit eignen sich besonders, um mit der Bevölkerung Angebote und Projekte zu entwickeln, die deren Bedürfnislagen entsprechen und an die lokalen Gegebenheiten angepasst sind. Mit der Lebensweltorientierung, der Unterstützung von Empowerment auf allen Ebenen, dem Ermöglichen von Partizipation und koordinierter Vernetzungsarbeit stellt sie der Gesundheitsförderung einen vielfältigen "Werkzeugkoffer" zur Verfügung. Eine breite Information der Bevölkerung und eine Abklärung der gegenseitigen Erwartungen mit sämtlichen Beteiligten hat sich auch in diesem Projekt als zentral erwiesen. Die Analyse der vorhandenen Hilfelandschaft im südlichen Marchfeld zeigte, dass regional bereits ein breites Spektrum an Gesundheits- und Sozialdienstleister*innen tätig ist. Eine koordinierte Vernetzung dieser Dienste durch die Gemeinwesenarbeiter*innen des Zentrums würde deren Zusammenarbeit und damit das Versorgungssystem insgesamt verbessern. Zudem empfiehlt sich ein Ausbau aufsuchender Dienste, um Zugangsbarrieren zu vermeiden und z. B. auch Menschen mit Pflege- und Betreuungspflichten oder Mobilitätseinschränkungen zu erreichen.

Im Sinne eines Empowerments der ländlichen Bevölkerung – ihrer Befähigung, die Dinge selbst in die Hand zu nehmen – sind institutionalisierte Beteiligungsprozesse in der Entwicklung und im Betrieb gesundheitlicher und sozialer Angebote notwendig. Sie sind als Teil einer lebendigen Demokratie zu betrachten und wecken längerfristig das Interesse der Bevölkerung, sich an der Gestaltung ihres Gemeinwesens aktiv zu beteiligen. Im Angebot sozialer Dienste ist jedoch abzuwägen, in welcher Form partizipative Prozesse eingesetzt werden, um eine weitere Diskriminierung benachteiligter Personen(-gruppen) zu verhindern. Die im Zuge dieses Forschungsprojektes eingesetzte Methode des Bürger*innen-Rates hat sich grundsätzlich als geeignet erwiesen. Die im Projektverlauf gemachten Erfahrungen bestätigten jedoch, dass es nicht immer möglich ist, Vertreter*innen aller relevanten Zielgruppen im gewünschten Ausmaß zu erreichen. Die Einbindung verschiedener Expert*innen durch Interviews konnte dies zum Teil kompensieren. Es ist jedoch davon auszugehen, dass z. B. Jugendliche eine andere Perspektive in den Prozess einbringen als Lehrer*innen oder erwachsene Vertreter*innen von Jugendorganisationen, wenn diese über Jugendliche

und ihre Probleme sprechen. Dass die Anzahl jener Bürger*innen, die bereit ist, an Beteiligungsprozessen teilzunehmen im Verhältnis zu den versendeten Einladungen verhältnismäßig niedrig ausfiel, kann einerseits damit erklärt werden, dass eine Beteiligungskultur in der Bevölkerung erst aufgebaut werden muss. Andererseits ist im Auge zu behalten, dass bürgerschaftliches Engagement immer in der Freizeit erfolgt. Hier müssten Überlegungen auf politischer Ebene folgen, die eine Teilnahme an Beteiligungsprozessen beispielsweise durch eine Dienstfreistellung am Arbeitsplatz ermöglichen. Zudem sei angemerkt, dass es sich bei der in diesem Projekt angewandten Variante des Bürger*innen-Rates um eine Vorstufe der Partizipation handelt, da keine Entscheidungskompetenzen an die Bürger*innen übertragen wurden. Es ist zu überlegen, ob in ähnlich gelagerten Fällen nicht auch umfassendere Formen der Beteiligung zum Einsatz kommen könnten. Die Teilnehmer*innen am Bürger*innen-Rat und Bürger*innen-Café legten ihre anfängliche Zurückhaltung und teilweise auch Vorbehalte rasch ab. Der gegenseitige Austausch beflügelte die Kreativität der Gruppe, wodurch vielversprechende Ideen entwickelt wurden. Ein anfänglich geplanter stärkerer Einbezug der Nachbargemeinden konnte aus zeitlichen Gründen nicht mehr erfolgen. Da ein Projekt wie das GeSo Orth über die Ortsgrenzen hinaus gedacht werden sollte, ist dies bei der Konzipierung ähnlicher Gemeinwesenzentren jedoch anzuraten. Eine Ausweitung des Beteiligungsverfahrens auf die Region könnte zudem weitere fruchtbare Ergebnisse zu Tage bringen.

Aus den vorgestellten Best Practice-Beispielen können etliche Folgerungen für die Umsetzung eines Gemeinwesenentrums mit integrierter Gesundheitsversorgung gezogen werden. Während das Londoner Bromley by Bow Centre mittels "Social Prescribing" – die ärztliche „Verordnungen“ sozialer Angebote – den erweiterten Gesundheitsbegriff in die Praxis umsetzt und sich durch inklusive und partizipative Strukturen auszeichnet, dient das Primärversorgungssystem in Finnland als Vorbild für die Nutzung zeitgemäßer Technologie und die Anerkennung der Sozialen Arbeit als Gesundheitsprofession. Erste Erfahrungen im Pilotprojekt PVZ Enns bestätigen die zentrale Rolle der Sozialen Arbeit. Das SMZ Liebenau verdeutlicht die Nähe der Gemeinwesenarbeit zur Gesundheitsförderung und das interprofessionelle Dienstleistungen im Sinne eines erweiterten Gesundheitsbegriffes auch in Österreich langfristig finanzierbar sind. Die Umstrukturierung des Primärversorgungssystems wird in Zukunft Chancen für eine vereinfachte Finanzierung bieten. Die Beispiele aus Hamburg und Berlin machen Mut querzudenken und sowohl in der Finanzierung als auch in der Angebotsgestaltung neue Wege zu gehen.

Die im Zuge des Forschungsprojektes auf Basis der erhobenen Daten und theoretischer Überlegungen erstellten Konzeptvorschläge zur Gestaltung eines Gemeinwesen-zentrums mit integrierter Gesundheitsversorgung sind auf die Marktgemeinde Orth an der Donau zugeschnitten. Sie können aufgrund der individuellen Voraussetzungen und Bedürfnisse der örtlichen Bevölkerung nicht eins zu eins auf andere Gemeinden übertragen werden. Diese Maßanfertigung gilt auch für Details des Forschungsprozesses, wobei das Grundgerüst dennoch als allgemeiner Leitfaden herangezogen werden kann.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit könnte in einem Folgeprojekt nicht erst bei der Umsetzung des Konzeptes, sondern – wie bei der Bürger*innenbeteiligung – schon bei der Konzeptentwicklung sinnvoll sein. Die offen gebliebene Frage der Finanzierung des Zentrums, Unklarheiten in Bezug auf neuen rechtlichen Grundlagen im Gesundheitssystem und Einsatzmöglichkeiten neuer Technologien sprechen ebenfalls für eine interdisziplinäre Konzeptentwicklung. In Bezug auf die konkrete Zusammenarbeit der unterschiedlichen Gesundheits- und Sozialberufe im Gemeinwesenzentrum sollten in einem weiterführenden Forschungsprojekt Fragen der Fallführung und der Entwicklung einer gemeinsamen Sprache sowie das Wissen über die Kompetenzen der jeweils anderen Profession bearbeitet werden. Mit welchen konkreten Strukturen und Methoden der laufende Betrieb im Zentrum evaluiert und angepasst wird, ist ebenfalls Thema für zukünftige Forschungen.

Teil II – Konzepte

13 Einleitung

Marlies Presser und Patricia Renner

In vielen österreichischen Landgemeinden steigt der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung (vgl. ÖROK o.A.:5). Durch den Trend zur Kleinfamilie und zum Single-Dasein werden viele betreuende, pflegende und erzieherische Sorgetätigkeiten nicht mehr im Familienverband, sondern durch externe Fachkräfte erbracht (vgl. Klawatsch-Treitl 2013:51-52). Es wird schwieriger, die soziale und die medizinische Versorgung zu gewährleisten. Allgemeinmedizinische Praxen auf dem Land bleiben immer wieder unbesetzt, da keine*n Nachfolger*innen für pensionierte Ärzt*innen gefunden werden können. Besonders zu Tagesraand- und Nachtzeiten sind Rettungsdienste oft die einzigen Stellen, die von Hilfesuchenden erreicht werden können. Diese sind entsprechend überlastet und es kommt zu einer steigenden Zahl an stationären Unterbringungen im Krankenhaus, die aus medizinischer Sicht nicht notwendig sind (vgl. Redelsteiner 2016:35). Vom Gesetzgeber sind Primärversorgungszentren (PVZ) als Antwort auf diese Problemlagen vorgesehen (vgl. BMG 2014:8-9).

Die niederösterreichische Marktgemeinde Orth an der Donau hat sich ebenfalls mit der Problematik beschäftigt. Der Gemeinderat hat das Department Soziales der Fachhochschule St. Pölten damit beauftragt, ein innovatives und zukunftsweisendes Konzept für ein Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung für die Gemeinde zu entwickeln. Unter dem Projekttitel GeSo Orth, der für Gesundheit und Soziales Orth an der Donau steht,²⁴ arbeitete von Oktober 2016 bis Juni 2018 eine Forschungsgruppe an diesem Auftrag. Diese bestand neben den sieben Studierenden, welche die vorliegenden Konzeptbausteine entwickelt haben, aus der Projektleitung durch FH-Prof. Mag. (FH) PhDr. Christoph Redelsteiner, MSc und FH-Prof. Mag. Dr. Michaela Moser sowie durch den Forschungsassistenten Florian Zahorka, BA MA.

Um die Autor*innenschaft kenntlich zu machen, ist der*die jeweilige Verfasser*in namentlich unter der Kapitelüberschrift angeführt. Die Konzepte wurden allein, zu zweit

²⁴ Der Projekttitel lautete zu Beginn PC³ – Primary Care in the Center of the Community und wurde Anfang 2017 in GeSo Orth geändert.

oder zu dritt entwickelt. Wurde ein Konzeptkapitel von einer einzelnen Person verfasst, dann wurde diese namentlich genannt.

14 Problemstellung und Auftrag

Lisa Stöger

Der Studiengang Master für Soziale Arbeit der Fachhochschule St. Pölten wurde vom Arbeitskreis „Gesundheit“ der Marktgemeinde Orth an der Donau damit beauftragt, im Sinne des Gemeinwesens als primären Platz der Gesundheit zu forschen und insbesondere auch Möglichkeiten aufzuzeigen, wie die gesamte Gemeinde in die Gestaltung der lokalen Gesundheitsversorgung miteinbezogen werden kann.

Ausgangslage für die Beauftragung des Projekts war zum einen die zunehmende Zahl an älteren Menschen, zum anderen die Pensionierung des Allgemeinmediziners der Marktgemeinde. Außerdem hatten sich Qualifikationsmängel sowie Schnittstellen- und Personalprobleme im Bereich des Rettungsdienstes und der häuslichen Krankenpflege-dienste gezeigt. Man hatte außerdem einen Anstieg an nicht-indizierten Hospitalisationen festgestellt. In der Gemeinde entstand daher der Wunsch nach einer Gegenmaßnahme im Sinne eines Primärversorgungszentrums, welches regional für die Filterung von Patient*innen zuständig sind und niederschwellig medizinische, soziale und pflegerische Betreuung anbietet.

Orth an der Donau ist eine niederösterreichische Marktgemeinde im Bezirk Gänserndorf. Sie verfügt über eine Gesamtbevölkerung von 2.067 Menschen, wobei ein großer Anteil an Personen über 60 Jahre alt ist. (vgl. Noe.gv., Orth an der Donau Bevölkerung 2018: o.A.) Die Marktgemeinde Orth an der Donau befindet sich etwa 30 Kilometer sowohl von der Wiener Stadtgrenze als auch von der Stadtgemeinde Gänserndorf entfernt. Viele medizinische, pflegerische und soziale Angebote befinden sich in den genannten oder in den umliegenden Gemeinden, welche jedoch mit öffentlichen Verkehrsmitteln nur schwer erreichbar sind. Der Bezirk Gänserndorf selbst verfügt über kein Krankenhaus. Die nächsten Krankenhäuser befinden sich in Wien, Hainburg an der Donau und Mistelbach. Orth an der Donau verfügt über ein vielfältiges Angebot an Freizeit- und kulturellen Aktivitäten, u.a. durch den Nationalpark Donau-Auen und als Standort des Schlosses Orth. Die Marktgemeinde zeichnet sich auch durch eine vielseitige Vereinskultur aus. In den folgenden Konzepten werden diverse medizinische, soziale

und kommunale Angebote in und um die Marktgemeinde Orth an der Donau aufgelistet, um die Ressourcen und den möglichen Bedarf aufzuzeigen.

15 Zielsetzung

Marlies Presser

Ziel des Forschungsprojektes war die Entwicklung eines Konzeptes für ein Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung. Durch das Zentrum sollen die gesundheitliche Versorgung in der Marktgemeinde Orth an der Donau nachhaltig sichergestellt, alle Bürger*innen mit Hilfebedarf adäquat versorgt, überbeanspruchte Systeme entlastet und bestehende Hilfesysteme gestärkt und integriert werden. Unter Bezugnahme auf einen erweiterten Gesundheitsbegriff, der körperliches, geistiges und soziales Wohlergehen umfasst (vgl. BMGF 2017), soll die Versorgung durch ein interprofessionelles Team erbracht werden. Die Bürger*innen sollen im Zentrum sowohl die passenden medizinischen Hilfen als auch soziale Angebote sowie Möglichkeiten der Selbstorganisation und Eigenaktivität vorfinden. Ein zentraler Aspekt im Forschungsprojekt GeSo Orth betraf die Frage, wie ein Konzept für ein Gemeinwesenzentrum in und mit einer Gemeinde entwickelt werden kann? Neben der Zusammenarbeit mit den gewählten Gemeindevertreter*innen, dem Gemeindearbeitskreis „Ärztzentrum/Rettungsdienste“ und Interessenspartner*innen aus dem lokalen und regionalen Sozial- und Gesundheitswesen kam daher der Beteiligung der Orther Bürger*innen in der Konzeptentwicklung eine wichtige Rolle zu.

Für die Umsetzung des Forschungsprojektes wurde das Forschungsproblem auf eine Hauptforschungsfrage zugespitzt. Davon abgeleitete Unterfragen wurden in vier Themenclustern gruppiert. Die Formulierung der Forschungsfrage ist ein entscheidender Punkt in der Anfangsphase jedes Forschungsprojektes, da die Forschungsfrage einen großen Einfluss auf das weitere, methodische Vorgehen hat. Die Forschungsfrage sollte daher klar und eindeutig sein, damit sie Orientierung bei der Planung und Umsetzung der Forschung geben kann (vgl. Flick 2008:258-259).

Hauptforschungsfrage:

Wie kann ein Konzept für ein Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung für Orth an der Donau entwickelt werden?

Cluster 1 – Anforderungen an die primäre Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum im Allgemeinen und in Orth an der Donau im Speziellen:

- Wie sieht aktuell die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum bzw. Orth an der Donau aus?
- Welche Ergänzungen sind für das Gesundheitssystem im ländlichen Raum bzw. in Orth an der Donau erforderlich?
- Was fehlt im Gesundheitssystem auf Basis eines ganzheitlichen Gesundheitsbegriffs und welchen Beitrag kann Soziale Arbeit leisten?
- Welchen gesellschaftlichen Entwicklungen und Rahmenbedingungen liegt der Wunsch nach bzw. die Idee zu einem Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung zugrunde?

Cluster 2 – Relevante Ansätze der Gesundheitswissenschaften:

- Welche Aspekte der kommunalen Gesundheitsförderung sind bedeutsam?
- Welche innovativen Ansätze der ganzheitlichen Versorgung – Stichwort Telemedizin – können in einem Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung genutzt werden?
- Welche Ansätze, die soziale Netzwerke und damit Gesundheit im weitesten Sinne fördern, können in einem Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung zur Anwendung kommen?
- Wie kann ein Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung über die unmittelbare Reaktion auf gesundheitliche Anliegen hinaus eine Rolle im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung spielen?
- Welche Erfahrungen und Erkenntnisse nationaler und internationaler Best Practice-Beispiele können für die Entwicklung eines Gemeinwesenzentrums mit integrierter Gesundheitsversorgung herangezogen werden?

Cluster 3 – Relevante Ansätze der Sozialen Arbeit:

- Welche Theorien der Sozialen Arbeit sind wesentlich in Bezug auf ein Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung?
- Welche Anforderungen bzw. Prinzipien der Sozialen Arbeit spielen dabei eine Rolle?
- Wie können vorhandene Ressourcen der Bürger*innen und im Gemeinwesen erkannt, gestärkt und vernetzt werden?
- Wie können Selbstorganisation und Eigenaktivitäten der Bürger*innen gefördert werden?
- Wie können Versorgungslücken erkannt und bearbeitet werden?

Cluster 4 – Partizipation der lokalen Bevölkerung:

- Wie können Bürger*innen und andere relevante Akteur*innen in die Konzeptentwicklung für ein solches Zentrum eingebunden werden?
- Wie können Bürger*innen und andere relevante Akteur*innen bei der Evaluation und Weiterentwicklung eines Gemeinwesenzentrums mit integrierter Gesundheitsversorgung eingebunden werden?

16 Forschungsprozess

Marlies Presser

Aufbauend auf das Forschungsproblem und die davon abgeleiteten Forschungsfragen wurde überlegt, welcher theoretische Rahmen und welche Methoden in Anbetracht der vorhandenen Ressourcen für die Erreichung des Forschungszieles verbunden werden sollten (vgl. Flick 2008:264). Das Forschungsprojekt GeSo Orth war als Innovationsuntersuchung dem anwendungsorientierten Forschungsspektrum zuzurechnen. Für die geplante Innovation – ein Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung – wurde neben theoretischem Wissen auch lokales Wissen aus der Praxis und von potentiellen Nutzer*innen des Zentrums einbezogen. Die Innovation wurde aufgrund der Größe des Vorhabens nicht eingeführt und danach deren Wirkung in der Praxis analysiert und bewertet (vgl. van der Donk / Lanen / Wright 2014:30-31). Stattdessen wurden die entwickelten Konzepte durch lokale Interessenspartner*innen und Expert*innen ohne Bezug zu Orth auf ihre Praxistauglichkeit „abgeklopft“.

16.1 Methoden

Um auf die für die Beantwortung der Forschungsfragen nötigen Wissensbestände zugreifen zu können, wurde eine Methodenverknüpfung gewählt. Neben Fachwissen der Sozialer Arbeit und der Gesundheitswissenschaften wurden Daten aus verschiedenen Quellen verwendet. Es wurde auf bereits vorhandenes Datenmaterial, wie z.B. Statistiken, zurückgegriffen, und es wurden selbst Daten mittels Begehungen in Orth an der Donau, Expert*inneninterviews, einem Bürger*innenbeteiligungsverfahren sowie Interviews und Führungen bei Best Practice-Modellen erhoben und ausgewertet. Die Daten und Teilergebnisse aus den unterschiedlichen Erhebungen wurden bei der abschließenden Analyse verknüpft und davon die Konzeptbausteine abgeleitet. Diese bildeten die Basis für insgesamt vier Konzeptvorschläge. Mit Interessenspartner*innen und Expert*innen wurden die entwickelten Konzepte im Rahmen einer kommunikativen Validierung diskutiert und finale Anpassungen vorgenommen bzw. offene Fragen formuliert.

Der gesamte Forschungsprozess wird in der folgenden Übersicht vereinfacht und im Rückblick dargestellt. Manche ursprünglich vorgesehenen Methoden wurden wieder verworfen, dafür andere durchgeführt. Viele Schritte fanden parallel statt und manche Schritte wurden, aufgrund der Arbeitsteilung, von den einzelnen Studierenden zu unterschiedlichen Zeitpunkten durchgeführt.



Abbildung 37: Forschungsprozess GeSo Orth; Quelle: eigene Darstellung

17 Konzeptbausteine

Lisa Stöger

Die Konzeptbausteine wurden von der Forschungsgruppe gemeinsam erstellt. Dafür wurden die ausgewerteten Expert*inneninterviews sowie die Dokumentationen des Bürger*innen-Rates und des Bürger*innen-Cafés herangezogen. Anhand der Auswertungen und Dokumentationen arbeitete die Forschungsgruppe Begriffe heraus, die jeweils mehrfach genannt worden waren und wählte zutreffende Namen dafür aus. Diese Begriffe sind in der Abbildung als Merkmale gekennzeichnet. Die gesammelten Merkmale wurden zuletzt gemeinsamen Thematiken zugeordnet. Diese Thematiken nennt die Forschungsgruppe Konzeptbausteine.

Es entstanden die Konzeptbausteine:

- Medizinische Vorsorge und Versorgung
- Soziale Vorsorge und Versorgung
- Soziale Arbeit
- Architektur und Lage
- Information und Orientierung
- Organisierte Vernetzung
- Selbstorganisation und Mitgestaltung

Die Konzeptbausteine spiegeln den Bedarf, die Ressourcen sowie Lösungsvorschläge für Problemlagen anhand der Aussagen von Expert*innen und Bürger*innen wider. Eine genauere Darstellung, wie die Konzeptbausteine methodisch entwickelt wurden, ist im Handbuch zu finden. Im Folgenden werden alle Konzeptbausteine mit ihren jeweiligen Merkmalen anhand der empirischen Daten erläutert. (siehe Kapitel 11.8.1) Sie bilden die Grundlage für die Entwicklungen der Konzeptvorschläge.

GeSo Orth							
Konzeptbausteine	Medizinische Vorsorge und Versorgung	Soziale Vorsorge und Versorgung	Soziale Arbeit	Architektur und Lage	Information und Orientierung	Organisierte Vernetzung	Selbstorganisation und Mitgestaltung
Merkmale	Allgemein Medizin <ul style="list-style-type: none"> • Social Prescribing • Telemedizin • GUK 	Kinderbetreuung	Beratung	wohlfühlen	Portier	Sozialraum= teams	Community Ownership <ul style="list-style-type: none"> • Gemeinnütziger Betrieb • Beteiligungsmodell
	bestehende Dienste nutzen <ul style="list-style-type: none"> • Physiotherapie • Ergotherapie • Logotherapie • Ernährungsberatung • Geburtshilfe 	Angebote und Unterstützung für pflegende Angehörige	Information	Privatsphäre	Social Media	Nachbarschaftshilfe	
	Fachärzt*inne integrieren	Sozialer Treffpunkt <ul style="list-style-type: none"> • Mittagstisch • Ort der Begegnung • Jugendzentrum 	Aufsuchende Sozialarbeit	Zentrale Lage	Webauftritt	Vernetzung der Vereine	
	Apothek integrieren		Case Management	Gute Anbindung an Zentrum	PR	Mobile Dienste	
	Beratung und Selbsthilfe		Sozialraum= orientierung			Inklusive Angebote	
	Bildungs- und Lernangebote für alle		Soziale Anamnese			Blaulicht= organisationen anbinden	
	Psychosoziale Versorgung <ul style="list-style-type: none"> • Krisenintervention • Außensprechstunde PSD 						
	Interprofessionelle Zusammenarbeit						

Abbildung 71: Konzeptbausteine GeSo Orth; Quelle: eigene Darstellung

18 Konzept „Orther Gesundheits- und Sozialnetz“

Sarah Maria Laminger, Marlies Presser, Lisa Stöger

Das Orther Gesundheits- und Sozialnetz setzt den Schwerpunkt auf:

- Leerstand revitalisieren
- Bestehendes nutzen
- Verbindungen schaffen
- Beteiligung ermöglichen

Das Zentrum des Orther Gesundheits- und Sozialnetzes befindet sich in einem revitalisierten Leerstand. Es dient als sozialer Treffpunkt und die Angebote konzentrieren sich auf die medizinische und sozialarbeiterische Versorgung. Bestehende Angebote und Möglichkeiten im Gesundheits-, Sozial- und kommunalen Bereich werden genutzt und miteinander vernetzt, eine Konkurrenz durch neue Angebote wird vermieden. Die organisierte Nachbarschaftshilfe fördert die Freiwilligenarbeit und stärkt das soziale Miteinander. Das Orther Gesundheits- und Sozialnetz versteht sich als Startkonzept, das mit Beteiligung der Menschen in und um Orth an der Donau weiterzuentwickeln ist.

18.1 Leistungsangebot

18.1.1 Gesundheitsförderung

Sarah Maria Laminger

Dieses Konzept des GeSo Orth setzt verstärkt auf die Gesundheitsförderung und punktet durch seine Nachhaltigkeit. Die Gesundheitsförderung ist im Vergleich zur Prävention ressourcenorientiert (vgl. FGÖ o.A.). Gesundheit wird innerhalb des Konzepts nach der WHO (1986) definiert und steht für einen umfassenden Gesundheitsbegriff, der wie folgt lautet:

„Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.“ (WHO 1986)

Diese Definition ist die Basis für den Begriff der Gesundheitsförderung, der die „Maßnahmen und Programme, die Menschen unterstützen, ihre Gesundheit zu verbessern“ (BMASGK o.A.a) beinhaltet. Ein wesentliches Merkmal der Gesundheitsförderung ist die Selbstbestimmung der einzelnen Personen in ihren Lebenswelten (vgl. FGÖ o.A.). Unter Lebenswelten wird das Alltagsleben der Menschen in ihrem sozialen Umfeld, das Orte

und Personen beinhaltet, verstanden (vgl. Schumacher 2013:88-89). „Maßnahmen der Gesundheitsförderung zielen auf eine Veränderung des individuellen Verhaltens (z.B. durch Bewegungsprogramme oder Ernährungsberatung) oder der Lebensverhältnisse [...] ab.“ (Gesundheit.gv.at o.A.)

Das GeSo Orth wird dieser Gesundheitsförderung gerecht, indem es direkt im Gebäude und / oder innerhalb seines Netzwerks neben einer medizinischen Versorgung weitere Professionen berücksichtigt, die für eine Gesundheitsförderung relevant sind. Diese Professionen werden zum einen im GeSo Orth verankert sein, zum anderen in Kooperation mit dem interprofessionellen Versorgungsnetzwerk stehen. Die gesundheitliche Förderung wird mit einer konventionellen übergreifenden medizinischen Versorgung durch Allgemeinmediziner*innen bzw. Fachärzt*innen gewährleistet sowie durch ein breites Angebot von Professionist*innen, die im medizinischen, gesundheitlich und sozialen Bereich verortet sind, wie:

- Sozialarbeiter*innen ■ Physiotherapeut*innen ■ Psychotherapeut*innen

- Heilmasseur*innen ■ Ernährungsberater*innen ■ Sportberater*innen

Die große Vielfalt an verschiedenen Professionen ist nicht nur gesundheitsfördernd, sie entspricht auch einem Wunsch, den die Orther Bürger*innen geäußert haben: „Im GeSo Orth gibt es qualifizierte Mitarbeiter*innen aus den verschiedensten Berufsgruppen. Wichtig ist die (Bereitschaft zur) Kooperation zwischen den Professionen.“ (D2 2017: 2)

Die Gesundheitsförderung wird im GeSo Orth dahingehend umgesetzt, dass über das breite soziale und kommunale Angebot der Vereine informiert und interessierte Personen mit den Vereinen bzw. Personen, die ein gesundheitsförderndes Angebot bieten, zusammenbringt (vgl. BMNT 2017). In Orth gibt es bereits eine breite Vielfalt an Aktivitäten und Vereinen, die auf gesundheitsfördernde Ziele orientiert sind (siehe Kapitel 6.2.4). Zudem bietet das GeSo Orth Räumlichkeiten, die für gemeinsame sportliche Aktivitäten wie Yoga, Gymnastik, Meditation usw., Informationsveranstaltungen sowie für Selbsthilfegruppen genutzt werden können. Das GeSo Orth und seine Professionist*innen arbeiten partizipativ mit den Nutzer*innen zusammen. So werden gesundheitsfördernde Maßnahmen zusammen mit Professionist*innen, die im GeSo Orth angestellt sind, und den Nutzer*innen erarbeitet. Ziel dieser Projekte ist, dass die Nutzer*innen diese Angebote zukünftig selbstständig organisieren. Zudem sollen diese Angebote für alle Personen zugänglich und finanziell leistbar sein. Eine Möglichkeit der Umsetzung wäre die Förderung des freiwilligen Engagements oder das Einheben

eines geringen Unkostenbeitrags, da auch externe Räumlichkeiten genutzt werden. Die anfängliche Begleitung und Unterstützung der Professionist*innen ist kostenlos und wird ihm Rahmen ihrer Anstellung im GeSo Orth geleistet.

18.1.2 Medizinische Versorgung

Zentral ist neben der Gesundheitsförderung im GeSo Orth die medizinische Versorgung. Die Ausgangslage zeigt, dass für die Bevölkerung in naher Zukunft – wie in vielen ländlichen Regionen Österreichs – das Risiko einer Versorgungslücke besteht (vgl. BMNT 2017). Das GeSo Orth wird dieses mögliche Risiko verringern bzw. ausschalten. Im GeSo Orth wird es eine*n Allgemeinmediziner*in mit Praxisräumen und einer Kassenverrechnung geben.

Das GeSo Orth baut auf die vorhandenen Ressourcen, die in und um Orth verfügbar sind. Zukünftig sollen diese Ressourcen verknüpft werden, damit die Bevölkerung in und um Orth davon profitiert. Das GeSo Orth übernimmt die zentrale Rolle der informierenden und verweisenden Stelle, die über einen Überblick über das medizinische Angebot in und um Orth verfügt. Dabei wird ein großer Teil der medizinischen Versorgung neben dem / der Allgemeinmediziner*in im GeSo Orth durch medizinische Kooperationspartner*innen in den umliegenden Gemeinden bereitgestellt.

Des Weiteren wird externen Fachärzt*innen die Möglichkeit geboten, die Räumlichkeiten im GeSo Orth stundenweise zu nutzen bzw. zu mieten, um Beratungsgespräche zu führen. Medizinische Untersuchungen sind nur bis zu einem gewissen Punkt möglich, da für die jeweiligen externen Fachärzt*innen kein eigener Behandlungsraum mit passender Ausstattung zu Verfügung steht. Mit dem Angebot von Beratungszeiten durch Fachärzt*innen im GeSo Orth werden den Nutzer*innen Wege ins Krankenhaus bzw. zu den Praxen der Fachärzt*innen erspart. Durch die Anwesenheit der Fachärzt*innen und die Möglichkeit, seine medizinischen Belange zu besprechen, kann eine qualitative Ärzt*in-Patient*in-Beziehung entstehen. Des Weiteren können die Fachärzt*innen neue Patient*innen dazugewinnen, während die Patient*innen von einer erreichbaren medizinischen Beratung profitieren.

Die medizinische Versorgung durch den*die ansässige*n Allgemeinmediziner*in im GeSo Orth kann via Terminvereinbarung im Anmeldebereich im GeSo Orth in Anspruch genommen werden. Die Verantwortung für die Terminkoordination und -information hat eine Ordinationskraft, die die Nutzer*innen darüber hinaus über weitere (Fach-

)Ärzt*innen in und um Orth informiert. Bei Personen, die aus unterschiedlichsten Gründen das GeSo Orth und den*die Allgemeinmediziner*in nicht aufsuchen können, wird die medizinische Versorgung durch Hausbesuche abgedeckt.

Die Nutzung telemedizinischer Anwendung obliegt der Entscheidung der Allgemeinmediziner*in und den externen Fachärzt*innen, da diese in Österreich noch nicht gesetzlich verankert ist (vgl. BMGF 2016).

Verschiedene Methoden der Telemedizin können zum Einsatz kommen:

- Telemonitoring, die medizinische Überwachung des Gesundheitszustandes von Patient*innen aus der Entfernung
- Teletherapie, die Behandlung der Patient*innen wird aktiv aus der Entfernung umgesetzt
- Telekonzil, der Austausch zwischen Professionen zum Einholen von weiteren Fachmeinungen
- Telekonferenz, hierfür wird ein weiterer Gesundheitsanbieter zu einer laufenden medizinischen Behandlung hinzugezogen (BMASGK 2016)

Apotheke

Da es in Orth keine Apotheke gibt, ist es empfehlenswert, dass der*die zuständige Allgemeinmediziner*in im GeSo Orth eine Hausapotheke führt. Die Nutzer*innen und Bewohner*innen von Orth profitieren von der medizinischen und gesundheitlichen Nahversorgung durch eine ärztliche Hausapotheke. Des Weiteren können Personen, die aus diversen Gründen das Haus nicht verlassen können, bei Hausbesuchen mit Medikamenten der Hausapotheke versorgt werden. Die Bewilligung einer Hausapotheke ist in Österreich gesetzlich geregelt (vgl. Apothekengesetz § 29).

Bei Nichtvorhandensein einer Hausapotheke empfehlen wir eine Kooperation mit einer umliegenden Apotheke, die die Gemeinde Orth auf Bestellung mit Medikationen beliefert. Hierfür sehen wir eine optimale Bereitschaft zur Zusammenarbeit zwischen dem GeSo Orth und einer Apotheke.

18.1.3 Soziale Versorgung

Lisa Stöger

Das GeSo Orth bietet neben der medizinischen zusätzlich die soziale Versorgung der Gemeinde an. Nutzer*innen können die Unterstützung zweier Sozialarbeiter*innen des GeSo Orth in Anspruch nehmen. Diese werden Teilzeitbeschäftigungen nachgehen und bieten Gemeinwesenarbeit, Beratung und nachgehende Sozialarbeit an. Die Sozialarbeiter*innen befinden sich direkt im Zentrum und können den vorgesehenen Beratungsraum nutzen. Ihre Leistungen können jedoch auch außerhalb des Zentrums in Anspruch genommen werden, sei es in Form von Hausbesuchen, sei es im Rahmen von Beratungen außerhalb des Zentrums.

Die Sozialarbeiter*innen stehen im Sinne des Case-Managements für psychosoziale Gespräche und die individuelle Hilfeplanung zur Verfügung. In den Beratungen werden Informationen über diverse Angebote wie Informationsveranstaltungen, Workshops, Selbsthilfegruppen etc. weitergegeben. Somit wird neben der sozialen Versorgung auch die präventive Gesundheitsförderung gewährleistet. Im Sinne des Case-Managements betreiben die Sozialarbeiter*innen nicht nur Einzelfallarbeit, sondern dienen als Schnittstelle und Vernetzungspunkt zu den anderen Angeboten der Region. Da das GeSo Orth die gesamte Bevölkerung bzw. die Gemeinschaft stärken möchte, wird die Nachbarschaftshilfe durch ehrenamtliche Mitarbeiter*innen angestrebt, die ihre Ansprechpersonen in den Sozialarbeiter*innen finden. Die Sozialarbeiter*innen betreuen die Freiwilligen und koordinieren die Planung sowie die Organisation von Räumlichkeiten und Nutzungszeiten. Durch die Nachbarschaftshilfe soll das soziale Miteinander gefördert und gestärkt werden.

Um dieses Ziel in optimaler Weise zu erreichen, wird ein sozialer Treffpunkt in Form eines Cafés im Wartebereich gestaltet. Der Wartebereich wird für die Nutzer*innen wohnlich und gemütlich gestaltet, um die soziale Interaktion miteinander zu fördern und das Warten zu verkürzen. Es können Getränke und Snacks konsumiert werden, jedoch besteht kein Konsumzwang. Zusätzlich wird eine Küchenzeile vorhanden sein, wo Nutzer*innen gemeinsame Aktivitäten zum Thema Kochen etc. anbieten oder in Anspruch nehmen können.

Generell ist es die Aufgabe der Sozialarbeiter*innen, bestehende Ressourcen im Bereich der sozialen Versorgung wahrzunehmen und diese zu nutzen. Das GeSo Orth

bietet neben der sozialen Versorgung durch die Sozialarbeiter*innen auch Kooperationen mit Berufsintegrationsprojekten etc. an. Diese findet im vorhandenen Café statt, welches als Einstieg in den zweiten Arbeitsmarkt oder als Tagesstruktur dienen kann. Genutzt kann diese Möglichkeit von umliegenden Trägerschaften wie zum Beispiel NEBA, AMS oder „Haus mit Leben“ werden.

Ziel der sozialen Arbeit im GeSo Orth ist es, die Nutzer*innen bei ihrer selbständigen Lebensführung zu unterstützen, mit ihnen Änderungs- bzw. Entwicklungsmöglichkeiten zu erarbeiten, ihre psychische Gesundheit zu fördern und die sozialen Netzwerke innerhalb der Gemeinde zu stärken.

18.1.4 Freizeit

Marlies Presser

Aufgrund der umfangreichen Freizeitmöglichkeiten (siehe Kapitel 18.2.4) in Orth an der Donau, die vielfach durch Vereine organisiert werden, sind keine eigenen Angebote durch das GeSo Orth geplant. Interessierte sollen vorrangig auf die bereits bestehenden Strukturen verwiesen werden. Zudem können Ideen für eine Verbesserung der Angebote an die zuständigen Personen und Organisationen weitergegeben bzw. die entsprechenden Kontakte hergestellt werden.

Lediglich im Bereich Erwachsenenbildung ist eine Lücke zu identifizieren, da es zwar potentielle Anbieter*innen gibt, diese jedoch wenig aktiv sind. Auch im Bürger*innen-Rat (vgl. D1 2017:3) und -Café (vgl. D2 2017:6) wurde mehrfach der Bedarf an (Informations-)Veranstaltungen benannt, die von lokalen Expert*innen angeboten werden können. Das GeSo Orth kann bei der Organisation von Räumlichkeiten und beim Bewerben der Veranstaltung unterstützen. Um individuelle Lernmöglichkeiten zu schaffen, kann auch auf die organisierte Nachbarschaftshilfe zurückgegriffen werden. Auch können in diesem Rahmen neue Lernformate entwickelt und ausprobiert werden.

18.1.5 Personalempfehlung

Lisa Stöger

Im GeSo Orth wird ein*e **Allgemeinmediziner*in** tätig sein. Er / sie ist mit der medizinischen Versorgung im Zentrum beauftragt. Die Tätigkeiten entsprechen allen Anforderungen und Vorgaben der Ärztekammer. Der / die Mediziner*in soll freiberuflich tätig sein, jedoch Verträge mit allen Krankenkassen haben, um die gesamte Bevölkerung der Marktgemeinde Orth an der Donau anzusprechen; Wahlärzt*innen sind nicht angedacht. Im GeSo Orth wird auch eine Versorgung zu Randzeiten angestrebt, um mehr Menschen eine Konsultation zu ermöglichen. Zusätzlich werden auch Hausbesuche im Ermessen des / der angestellten Allgemeinmediziner*in angeboten.

Um die medizinische Versorgung qualitativ hochwertig zu ermöglichen und gleichzeitig zu entlasten, werden zwei **Sozialarbeiter*innen** im Zentrum angestellt sein. Diese arbeiten gemeinsam in einem Mindeststundenausmaß von 40 Wochenstunden, jedoch kann dieses Pensum nach Bedarf erhöht werden. Um eine tägliche, regelmäßige soziale Versorgung zu gewährleisten, ist es wichtig, mehrere Sozialarbeiter*innen zu beschäftigen, da im Falle eines Ausfalles durch Krankheit oder Urlaub die jeweils andere Sozialarbeiter*in einspringen kann. Außerdem bedarf es einer flexiblen Arbeitseinteilung, um sich den individuellen Bedürfnissen der Bevölkerung anzupassen. Es besteht die Möglichkeit, die sozialen Dienste innerhalb des Zentrums, aber auch nachgehend Zuhause oder außerhalb der Räumlichkeiten anzubieten. Die Sozialarbeiter*innen dienen zusätzlich als Schnittstelle und Informationsvermittlung für die Bevölkerung. Sie vermitteln die Nutzer*innen zu weiteren Angeboten der Region bzw. informieren darüber. Gleichzeitig koordinieren sie die Ressourcen und die Zusammenarbeit mit den einzelnen Veranstalter*innen, Anbieter*innen etc. und arbeiten mit diesen zusammen.

Zusätzlich werden im GeSo Orth zwei **diplomierte Gesundheits- und Pflegekräfte** beschäftigt. Diese sollen, wie die Sozialarbeiter*innen, die medizinische Versorgung entlasten. In ihrem Aufgabenfeld liegen die Planung und Durchführung von Pflegemaßnahmen sowie die Verabreichung von Medikamenten oder Infusionen (vgl. Gesundheit.gv.at o.A.). Sie sind im GeSo Orth stationiert, bieten ihre Leistungen aber auch in Form von Hausbesuchen an. Somit kann der größte Teil der Bevölkerung versorgt werden, auch wenn die Nutzer*innen nicht mehr in der Lage sind, das Zentrum aufzusuchen.

Damit das GeSo Orth und alle Berufsgruppen reibungslos zusammenarbeiten können, benötigt das Zentrum einen hohen Organisations- und Koordinierungsaufwand. Dies wird von einer Ordinationskraft übernommen, welche auch als erste Ansprechpartner*in der Nutzer*innen dient. Die Ordinationskraft ist grundsätzlich dem / der Allgemeinmediziner*in zugeordnet, vermittelt die Nutzer*innen aber bei Bedarf auch an andere Gesundheits- und Sozialdienstleister*innen weiter. Außerdem wird ein*e Zentrumsmanager*in vorhanden sein. Seine / Ihre Aufgaben liegen in der Organisation, Koordination und Vernetzung des Zentrums.

Um das vorgesehene Café zu betreiben und das Zentrum in gutem und gepflegtem Zustand zu halten, soll ein Berufsintegrationsprojekt eingegliedert werden. Das GeSo Orth bietet die Möglichkeit, den Klient*innen weiterer Einrichtungen und Institutionen wie dem „Haus mit Leben“, NEBA oder dem Arbeitsmarktservice eine berufliche Perspektive zu eröffnen. Vorgesehen sind diese Arbeitsstellen für Menschen mit Behinderungen oder Menschen mit psychischer Erkrankungen. Die Mitarbeiter*innen im Bereich der Reinigung, der Haustechnik und des Cafés werden von diesen Einrichtungen betreut und angeleitet.

Alle Professionen der Medizin, Sozialen Arbeit und Pflege arbeiten eng zusammen. Es ist wichtig, für diese Einrichtung gemeinsame Standards zu entwickeln, um den Nutzer*innen eine professionelle, qualitativ hochwertige medizinische und soziale Versorgung zu bieten. Es ist wichtig, dass alle Professionen im Sinne der interprofessionellen Zusammenarbeit miteinander kooperieren.

18.2 Rahmenbedingungen

18.2.1 Interprofessionelle Zusammenarbeit

Lisa Stöger

Um den Nutzer*innen des Geso Orths eine effektive Gesundheitsversorgung zu bieten, ist eine berufsübergreifende Zusammenarbeit der vorhandenen Professionen notwendig (vgl. Zängl 2013: 215). Die unterschiedlichen Berufsgruppen mit ihren Spezialisierungen, Kompetenzbereichen und Tätigkeitsfeldern ergänzen einander, um eine qualitative, patientenorientierte Versorgung zu gewährleisten (vgl. Hensen / Stamer 2018: 49). Das Team des Zentrums setzt sich aus Professionist*innen der Medizin, der Pflege und der

Sozialen Arbeit zusammen. Zusätzlich findet eine externe Kooperation mit den diversen Fachärzt*innen und Therapeut*innen statt. Um die Versorgung zu gewährleisten, müssen für alle Professionist*innen klare Richtlinien über ihre jeweiligen Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortungsbereiche sowie über die Art der Fallführung vorliegen. Die Nutzer*innen erhalten bei Multiproblemlagen eine Anamnese durch den Allgemeinmediziner*in oder den / die Sozialarbeiter*in. Anhand der Anamnese erfolgt anschließend eine gemeinsame Beratung aller Berufsgruppen über die Fallführung. Die Fallführung wird anhand der „größeren“ oder im Moment „offensichtlichsten“ Problemlage vergeben. Dies schließt aber nicht aus, dass alle Professionen gemeinsam mit den Nutzer*innen an Problemlagen arbeiten. Die Person, welche die Verantwortung für eine individuelle Fallführung übernimmt, dient als Schnittstelle zur Nutzung weiterer Serviceleistungen. Außerdem ist die verantwortliche Person dafür zuständig, den Fallverlauf regelmäßig in das gemeinsame Team aller Berufsgruppen einzubringen. Somit kann die Versorgung und Betreuung gemeinsam erfolgen und mehrdimensional betrachtet und evaluiert werden. Um eine qualitativ hochwertige Versorgung der Nutzer*innen zu gewährleisten, sind daher gemeinsame Teamsitzungen, Supervisionen, kollegiale Beratungen sowie interdisziplinäre Fallbesprechungen notwendig. Dies fördert die Entwicklung einer gemeinsamen Sprache, gemeinsamer Sichtweisen und Standards in Bezug auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit und nutzer*innenorientierten Fallarbeit (vgl. Marzinzik 2010:14).

18.2.2 Architektur

Marlies Presser

Für das GeSo Orth wird ein zentral gelegener Leerstand revitalisiert und adaptiert. Österreich weist eine viel zu hohe Flächeninanspruchnahme mit entsprechenden negativen ökologischen und ökonomischen Folgen auf (vgl. Umweltbundesamt GmbH o.A.), dem mit dieser Vorgehensweise entgegengewirkt wird. Letzteres entspricht ebenso der Strategie zur Ortskernbelebung des Landes Niederösterreich, sodass eine Unterstützung des Projektes mit Informationen und Expert*innenkontakten seitens des Landes ermöglicht wird (vgl. NÖ Regional GmbH o.A.).

Neben der Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben zur Barrierefreiheit ist eine tiefer gehende Auseinandersetzung mit der Thematik eines „universellen Design“ oder „Designs für alle“ hilfreich. Die irische *National Disability Authority* (NDA) versteht unter universellem Design „the design and composition of an environment so that it can be

accessed, understood and used to the greatest extent possible by all people regardless of their age, size, ability or disability“ (NDA 2014). Das bedeutet sinngemäß, dass neben der Zugänglichkeit auch die Verständlichkeit und Nutzbarkeit eine Rolle spielen; diese soll für so viele Menschen wie möglich unabhängig von ihrem Alter, ihrem Umfang und ihren Fähigkeiten bzw. Einschränkungen gewährleistet sein. Universelles Design betrifft daher nicht nur die bauliche Infrastruktur, sondern auch Alltagsgegenstände, Geräte und Werkzeuge, Technologien, Dienstleistungen, Informationen etc.. Gesetzliche Vorgaben setzen zwar Mindeststandards, sagen jedoch nichts über die tatsächlich gute Zugänglichkeit, die Verständlichkeit und Nutzbarkeit für Menschen in unterschiedlichen Lebenslagen aus. Bei der Planung sollten daher folgende Punkte berücksichtigt werden (vgl. BMASK 2011:84-85):

- Parkplätze mit genügend Bewegungsfreiheit
- der Eingangsbereich soll leicht befahr- bzw. begehbar (Neigung, fester Untergrund ohne Fugen), hell und eventuell überdacht sein
- Breite, schwellenlose und leicht bedienbare Türen
- Idealerweise befinden sich alle Räumlichkeiten auf einer Ebene
- Genug Bewegungsfreiraum an Stellen wo man sich drehen muss
- Sanitärräume mit tragfähigen Wänden für Stütz-/Haltegriffe und unterfahrbare, flache Waschbecken.
- Fenster mit niedrigem Parapet für eine gute Aussicht
- Erreichbare Bedienelemente wie Schalter und Steckdosen
- Einrichtung und Möbel sollten unterfahrbar und höhenverstellbar sein, es gibt leicht-läufige Schiebetüren und -fenster sowie eine Garderobe in verschiedenen Höhen sichere Bodenbeläge und trittfeste Treppen
- Gute Sicht durch entsprechende Lichtverhältnisse, Farben und Kontraste
- Möglichkeit für nachträgliche Elektroinstallationen

Zusätzlich sollte in den Sanitärräumen genügend Platz für eine assistierende Person eingeplant werden, und es sollte Freiflächen für das Abstellen von Kinderwägen etc. geben.

Neben einer guten Nutzbarkeit spielt auch die Baubiologie, die sich mit den Zusammenhängen zwischen der bebauten Umwelt und ihren Bewohner*innen beschäftigt (vgl. BauNetz Wissen o.A.a), eine Rolle. Die verwendeten Materialien sollen für die Nutzer*innen und Mitarbeiter*innen des GeSo Orth nicht gesundheitsschädigend sein und für ein behagliches Raumklima sorgen. Ein Raumklima, in dem man sich wohlfühlt, hängt vor allem von der thermischen Behaglichkeit, der relativen Luftfeuchtigkeit und der Raumluftqualität ab (vgl. BauNetz Wissen o.A.b). Zusätzlich sollte die Architektur und die verwendeten Materialien dazu beitragen, dass Lärm verringert wird (vgl.

BauNetz Wissen o.A.c) und viel Tageslicht genutzt werden kann (vgl. BauNetz Wissen o.A.d).

Architektur und Einrichtung kommen bei der Schaffung einer Wohlfühlatmosphäre im GeSo Orth eine besondere Bedeutung zu (vgl. D2 2017:6). Die Innenraumgestaltung sorgt dafür, dass man sich willkommen und wohl fühlt. Man geht gerne ins GeSo Orth, auch wenn man kein konkretes Anliegen hat. Die Räumlichkeiten sind hell und es herrscht keine Krankenhausatmosphäre (vgl. D1 2017:3). Durch Zimmerpflanzen, Musik und fließendes Wasser wird ein freundliches Ambiente geschaffen (vgl. ebd.). Die Innenraumgestaltung schafft eine Balance zwischen Offenheit im Kaffee- und Wartebereich und nötiger Diskretion im Behandlungs- und Beratungsbereich (vgl. D2 2017:2). Für die Fachkräfte im Sozial- und Gesundheitsbereich spielt auch die Einhaltung des Datenschutzes eine Rolle, was bei der Möblierung und IT-Infrastruktur entsprechend berücksichtigt werden muss. Die konkrete Innenraumgestaltung und -dekoration kann gemeinsam mit den späteren Nutzer*innen geplant werden.

Im GeSo Orth finden sich folgende Räumlichkeiten:

- **Cafe- und Wartebereich** mit Wohnzimmeratmosphäre, um soziale Interaktion zu forcieren. Es gibt eine Kinderecke mit entsprechender Ausstattung. Der Café-Bereich verfügt über eine Küchenzeile und eine Theke. Die Möbel im Wartebereich sind Wohnzimmermöbel. Die Sitzgelegenheiten berücksichtigen die Bedürfnisse unterschiedlicher Wartender, z.B. durch Sitzringe und unterschiedliche Höhen. Separat findet sich ein Bereich, wo sich Personen für die medizinischen und sozialen Angebote anmelden und sich informieren können.
- Die **Ordinationsräume** dienen der medizinischen Versorgung durch den*die Allgemeinmediziner*in und können auch stundenweise von Fachärzt*innen genutzt werden.
- In einem kleinen **Therapie- und Beratungsraum** können medizinnaher Therapeut*innen und andere externe Fachkräfte stundenweise Nutzer*innen empfangen und behandeln.
- Ein **großer, teilbarer Beratungsraum** bietet eine separate Beratungsmöglichkeit für die Sozialarbeiter*innen und anderen Fachkräfte des GeSo Orth. Die Größe erlaubt auch die Beratung bzw. Arbeit im Gruppensetting von bis zu fünfzehn Personen. Mit einem mobilen Raumteiler kann der Raum in zwei Beratungsräume getrennt werden, weshalb zwei Eingangstüren eingeplant werden sollten.
- Daneben gibt es noch **Sanitärräume** für Nutzer*innen und Mitarbeiter*innen des GeSo Orth, Abstell- und Lagerräume sowie die nötigen Verkehrsflächen, wie z.B. Gänge.

Auf weitere Räumlichkeiten wird verzichtet, um eine bessere Auslastung der bereits in der Gemeinde Orth an der Donau vorhandenen Räume zu erreichen. Je nach Zweck und Platzbedarf können für Treffen und Veranstaltungen folgende Örtlichkeiten genutzt werden:

- Vereinsraum im Hilfswerk
- Veranstaltungsräume Landespflegeheim
- Veranstaltungsräume im Schloss Orth
- Veranstaltungsort Meierhof
- Turnsaal Volksschule Orth
- Turnsaal Neue Mittelschule Orth

Im Außenbereich wirken Sitz- und Verweilmöglichkeiten einladend und zeigen, dass hier „etwas los ist“. Lieb gewonnene Charakteristika des Altbestandes können beibehalten werden, wodurch eine Verbindung zur Vergangenheit hergestellt wird. Die Menschen können sich dadurch leichter mit dem revitalisierten Leerstand identifizieren (vgl. IUA 2017:o.A.). Die Parkplätze sind breit und dadurch auch für Rollstuhlfahrer*innen und andere Personen, die beim Aus- und Einsteigen mehr Platz benötigen, gut nutzbar. Es gibt eine Ladestation für E-Autos und Parkplätze für Fahrräder (vgl. D1 2017:3).

18.2.3 Erreichbarkeit – Lage – Öffnungszeiten

Sarah Maria Laminger

Die Erreichbarkeit vom GeSo Orth sollte durch verschiedene infrastrukturelle Möglichkeiten gewährleistet werden. Die Lage des GeSo Orth sollte strategisch so gewählt werden, dass eine Anbindung an das öffentliche Verkehrsnetz möglich ist oder bereits besteht. Des Weiteren bedarf es ausreichend Platzes, damit die Anfahrt zu Fuß mit oder ohne Gehhilfen, mit dem Rad, mit dem PKW, mit dem Motorrad oder -roller und mit dem Rollstuhl ohne Weiteres möglich ist (vgl. D2 2017:6). Die Zufahrt für PKW's ermöglicht eine Anfahrt mit dem Anrufsammeltaxi (AST). Das AST ist ein Projekt in der Region Marchfeld, bei dem Orth an der Donau eine Projektgemeinde bildet (vgl. VOR o.A.; vgl. NÖ Regional GmbH 2017:7).

Neben einer guten Anbindung an das bestehende öffentliche Verkehrsnetz und eine entsprechende Erreichbarkeit für den Individualverkehr arbeitet das GeSo-Team zudem aufsuchend. Dadurch wird die Erreichbarkeit des GeSo Orth erweitert und das Angebot für Personen zugänglich gemacht, denen es nicht möglich ist, ins GeSo Orth zu

kommen. Des Weiteren kann mit der aufsuchenden Sozialen Arbeit die Nachbarschaftshilfe organisiert, begleitet und verbessert werden.

Erreichbarkeit der angebotenen Informationen

Die angebotenen Leistungen und Informationen, die das GeSo Orth betreffen, werden wöchentlich aktualisiert und via Aushang im GeSo Orth öffentlich gemacht. Dieser Aushang wird während den Öffnungszeiten vom Personal des GeSo Orth immer auf den neuesten Stand gebracht. Außerdem fühlen sich die Mitarbeiter*innen des GeSo Orth dafür zuständig, die Nutzer*innen zu informieren. Darüber hinaus sollten alle Angebote rund um das GeSo Orth über eine benutzerfreundliche Internetseite abrufbar sein. Im weiteren Verlauf könnte eine App für das Smartphone mit Zusatzleistungen wie „Notruf verbinden“ angedacht werden, um eine noch höhere Zugänglichkeit zu erreichen.

Öffnungszeiten

Die Öffnungszeiten des GeSo Orth sind von Montag bis Freitag angedacht. Die Zeiten werden in Vormittag und Nachmittag eingeteilt, um berufstätigen Personen den Besuch des GeSo Orth zu ermöglichen. Das GeSo Orth ist Montag bis Freitag von 8:00 bis 12:00 für alle Nutzer*innen zugänglich. Am Montag, Mittwoch und Freitag ist es zusätzlich von 14:00 bis 18:00 Uhr geöffnet. Längere Öffnungszeiten werden dienstags und donnerstags von 15:00 bis 19:00 Uhr angeboten. Bei der Recherche der medizinischen und gesundheitlichen Versorgungsangebote in und um Orth ist ein gutes Versorgungsnetzwerk aufgefallen. Die Öffnungszeiten können nach realem Bedarf verändert werden. Samstags und sonntags sowie außerhalb der Öffnungszeiten können bestimmte Räumlichkeiten des GeSo Orths gemietet bzw. unter Anmeldung genutzt werden.

Die Ordinations- und Betreuungszeiten der verschiedenen Professionen und Mitarbeiter*innen werden an die Öffnungszeiten des GeSo Orth angepasst. Die Zeiträume, in denen das GeSo Orth geschlossen ist, können für Team -und Fallbesprechungen, administrative Aufgaben und/oder allfällige Hausbesuche genutzt werden.

Die medizinische und gesundheitliche Versorgung außerhalb der Öffnungszeiten sowie an Wochenenden und Feiertagen, wird durch gezielte Aufklärung über bestehende Versorgungsmöglichkeiten, gewährleistet. Ein Auszug aus den derzeit bestehenden Versorgungsdiensten sind etwa Notruf 144 einschließlich „Akutteam Niederösterreich“, die telefonische Gesundheitsberatung 1450, „Rat auf Draht“ (147) sowie die Bereitschaftsdienste der Ärzt*innen, des Psychosozialen Diensts, der Apotheken usw..

18.2.4 Organisierte Vernetzung

Marlies Presser

Die sozialen Netzwerke und Ressourcen im Sozialraum der Hilfesuchenden beeinflussen den Horizont der Hilfeplanung (vgl. Hosemann 2013:100). Dafür ist es notwendig, den jeweiligen Sozialraum, z.B. die Nachbarschaft, die Gemeinde, zu kennen oder ein Teil davon zu sein. Das Wissen über den Sozialraum immer aktuell zu halten und Kontakte zu pflegen, ist ein wichtiger Teil sozialarbeiterischer Praxis. Dementsprechend kennt die Soziale Arbeit eine Vielzahl an Methoden der Sozialraumerkundung und Informationsaufbereitung. Diese Praxis erfordert neben den entsprechenden zeitlichen Ressourcen von der jeweiligen Fachkraft „kommunikatives Talent, unaufdringliche Neugierde und die Grundüberzeugung, dass die Welt ein Netzwerk ist, in dem Menschen immer auf andere Menschen angewiesen sind“ (Früchtel / Budde / Cyprian 2013:167).

Die organisierte Vernetzung ist besonders für die fallübergreifende und fallunspezifische Soziale Arbeit wichtig. Die Soziale Arbeit versteht unter Fall eine als problematisch wahrgenommene Situation einer Person oder Familie, die mit Hilfe der Sozialen Arbeit unter Berücksichtigung der jeweiligen organisatorischen, lebensweltlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen bearbeitet werden soll (vgl. Pantuček 2012:66-67). Bei der fallübergreifenden Arbeit werden neben den Fähigkeiten und Möglichkeiten der*des Hilfesuchenden auch die für den jeweiligen Fall hilfreichen Ressourcen im sozialen Umfeld miteinbezogen. Ausgangspunkt der Arbeit bleibt jedoch der jeweilige Fall. Bei der fallunspezifischen Arbeit geht es darum zu erfassen, welche Akteur*innen und Ressourcen in einem Sozialraum überhaupt vorhanden sind, mit diesen in Kontakt zu treten und sich zu vernetzen. Durch das Knüpfen von Kontakten im Sozialraum ohne Anlassfall, soll der Boden für spätere fallübergreifende Arbeit aufbereitet und Zugang zu unterschiedlichsten Ressourcen erleichtert werden (vgl. Früchtel / Budde 2006:205-206). Zudem ist die organisierte Vernetzung auch Teil der Gemeinwesenarbeit. Dieses Konzept der Sozialen Arbeit nimmt die Lebenszusammenhänge von Menschen ganzheitlich in den Blick mit dem Ziel, die materiellen, infrastrukturellen und immateriellen Lebensbedingungen mit den Betroffenen zu verbessern. Dabei werden individuelle und strukturelle Aspekte mit Bezug auf den jeweiligen Sozialraum bearbeitet. Sie fördert die Handlungsfähigkeit und Selbstorganisation der Betroffenen und den Aufbau von Netzwerken und Strukturen zur Zusammenarbeit. Gemeinwesenarbeit ist damit sowohl

auf Bildungsarbeit als auch auf Sozial- und Lokalpolitik ausgerichtet (vgl. Stövesand / Stoik 2013:21).

Im GeSo Orth finden regelmäßige Austauschtreffen der Sozialraumteams statt. Dabei treffen sich Vertreter*innen von Organisationen und Einzelpersonen aus der Gemeinde, um konkrete Fälle, aktuelle Angebote und mögliche Entwicklungen zu besprechen. Je nach Thema bzw. Zielgruppe kann es sinnvoll sein, auch Personen bzw. Organisationen aus den Nachbargemeinden oder dem Bezirk in die Sozialraumteams einzubinden. Die Regelmäßigkeit sorgt für Verbindlichkeit, einen intakten Informationsfluss, aktuelle Informationen und erleichtert die Kontaktaufnahme im konkreten Bedarfsfall. Die Informationen und Beratungen im GeSo Orth sind dadurch passgenauer. Neben dem Austausch von aktuellen Informationen werden die Treffen auch dafür genutzt, um konkrete Projekte für gemeinsame Aktivitäten oder neue Angebote zu entwickeln. Bestehende Angebote werden regelmäßig evaluiert und nötigenfalls angepasst oder auch beendet, wenn der Bedarf nicht mehr vorhanden ist.

Es gibt bereits sehr viele medizinische, medizinnahe, soziale und Freizeitangebote in Orth an der Donau, mit denen sich das GeSo Orth vernetzen könnte. Diese werden im Folgenden mit Stand Jänner 2018 überblicksmäßig und ohne Anspruch auf Vollständigkeit dargestellt.

Medizinische und medizinnahe Versorgung in und um Orth an der Donau

Sarah Maria Laminger

■ Medizinische Versorgung in Orth an der Donau:

Name	Fachrichtung	Krankenkasse (KK)/ Privat (P)
OMR Dr. Rudolf Ströck	Allgemeinmediziner	KK
Dr. Nicolae Barsan	Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	KK
Peter Sido	Physiotherapeut	

Tabelle 14: Medizinische Versorgung in Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung

- Medizinische Versorgung **um Orth an der Donau²⁵** (in einem Umkreis von maximal 18 Kilometern, was einer durchschnittlichen Fahrtdauer mit dem PKW von 18 bis 20 Minuten entspricht). Zusätzlich wurde darauf geachtet, dass die ausgewählten Allgemeinmediziner*innen und Fachärzt*innen um Orth an der Donau einen Krankenkassenvertrag haben, um die medizinische Versorgung für alle zugänglich zu machen.

Name	Fachrichtung	Adresse	Krankenkasse (KK)/ Privat (P)
Dr. Edith Maria Theresia Gindl	Haut- und Geschlechtskrankheiten	2230 Gänserndorf Ordination in Orth nach Vereinbarung	P
Dr. Franz Tödling	<ul style="list-style-type: none"> ■ Arzt für Allgemeinmedizin ■ Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin ■ Ernährungsmedizin ■ spezielle Schmerztherapie 	2301 Probstdorf Zusätzlich: Anstellung im Pflege und Betreuungszentrum Orth an der Donau	KK
Dr. Frank Werny	<ul style="list-style-type: none"> ■ Arzt für Allgemeinmedizin ■ Akupunktur 	Ordination 1: 2291 Lasse Ordination 2: 2286 Haringsee	KK
Dr. Martin Rupp	<ul style="list-style-type: none"> ■ Arzt für Allgemeinmedizin ■ Akupunktur ■ manuelle Medizin 	2285 Leopoldsdorf im Marchfelde	KK
Dr. Helga Raidl	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ärztin für Allgemeinmedizin ■ Akupunktur ■ Ernährungsmedizin 	2285 Leopoldsdorf im Marchfelde	KK

²⁵ Zusatzinformation für medizinische Versorgung:

Ärztlicher Wochenend- und Feiertagsdienst für Orth an der Donau:

Ab 1.4.2017 ausschließlich die Zeit zwischen 07:00 und 19:00 Uhr, Nachtdienste (19:00 bis 7:00 Uhr) werden in ganz NÖ von Notruf NÖ (Rufnummer 141) erbracht.

Auflistung der Ärzt*innen die für das jeweilige Wochenende die zuerst angerufen werden sollen:

http://www.marchfeld.org/aerzte_wochenend_notdienst.php

[Zugriff: 12.02.2018]

Dr. Doris Bauch-Kandler	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ärztin für Allgemeinmedizin 	2305 Eckartsau	KK
Dr. Andrea Bugnar	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ärztin für Allgemeinmedizin ■ Akupunktur 	2292 Engelhartstetten	KK
Dr. Arnold Fragner	<ul style="list-style-type: none"> ■ Arzt für Allgemeinmedizin 	2292 Engelhartstetten	KK
Dr. Fragner und Dr. Bugnar Gruppenpraxis	<ul style="list-style-type: none"> ■ Arzt für Allgemeinmedizin 	2292 Engelhartstetten	KK
Dr. Eder und Dr. Spannauer Gruppenpraxis	<ul style="list-style-type: none"> ■ Arzt für Allgemeinmedizin 	2301 Groß-Enzersdorf	KK
Dr. Gerhard Ortner	<ul style="list-style-type: none"> ■ Arzt für Allgemeinmedizin 	2301 Groß-Enzersdorf	KK
Dr. Antonio Carlos Martins da Cunha	<ul style="list-style-type: none"> ■ Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde 	2301 Groß-Enzersdorf	KK
Dr. Corinna Eder	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ärztin für Allgemeinmedizin ■ Psychosoziale Medizin I ■ Ernährungsmedizin 	2301 Groß-Enzersdorf	KK
OMR Dr. Muhammed Elfar	<ul style="list-style-type: none"> ■ Facharzt für Urologie 	2301 Groß-Enzersdorf	KK: BVA und VAEB
MR Dr. Tammam Kelani	<ul style="list-style-type: none"> ■ Facharzt für Augenheilkunde und Optometrie 	2301 Groß-Enzersdorf	KK
MR Dr. Doris Kreuzer	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ärztin für Allgemeinmedizin 	2301 Groß-Enzersdorf	KK
Dr. Brigitte Krialy	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ärztin für Allgemeinmedizin 	Ordination 1: 2282 Markgrafneusiedl Ordination 2: 2283 Obersiebenbrunn	KK

Tabelle 15: Medizinische Versorgung um Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung

- **Medizinnahes Angebot in Orth an der Donau** (bezieht weitere Gesundheitsversorgung betreffend den Körper und Geist mit ein):

Name	Fachrichtung	Krankenkasse (KK)/ Privat (P)
Andreas Dietl	Masseur	P
Erik Humer	Masseur	P
Christine Kurzmann-Hradil	Psychotherapeutin	P
Angelika Ivinger	Psychotherapeutin	P und KK-zuschuss
Charlotte Manzano	Psychotherapeutin und Heilpraktikerin Hausbesuche	k.A.
Gabriele Kurz	Ernährungsberaterin	
Hilfswerk Marchfeld	Hilfe und Pflege daheim Angebot: <ul style="list-style-type: none"> ■ Hauskrankenpflege ■ Heimhilfe ■ mobile Pflegeberatung ■ mobile Physio- und Ergotherapie 	
Johanniter	<ul style="list-style-type: none"> ■ Krankentransport ■ Rettungsdienst ■ Erste-Hilfe-Basiskurs (auf Anfrage) 	

Tabelle 16: Medizinnahes Angebot in Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung

- **Medizinnahes Angebot um Orth an der Donau** (in einem Umkreis von max. 18 Kilometern was einer durchschnittlichen Fahrtdauer mit dem PKW von 18 bis 20 Minuten entspricht) Es bezieht weitere Gesundheitsversorgungsangebote für Körper und Geist mit ein:

Name	Fachrichtung	Adresse
Angelika Völker	Podologin (Fußpflege)	2304 Mannsdorf a.d. Donau
Mag. Andrea Hinterecker	Sportwissenschaftlerin	2301 Groß Enzersdorf

Rotes Kreuz Ortsstelle Eckartsau		2305 Eckartsau
Rotes Kreuz Groß-Enzersdorf		2301 Groß-Enzersdorf
Samariterbund Gruppe LV Marchfeld-Lassees	<ul style="list-style-type: none"> ■ Heimnotruf ■ Katastrophenhilfsdienst ■ Krankentransport ■ Rettungsdienst ■ Ambulanzdienst 	2291 Lassees

Tabelle 17: Medizinnahe Angebot um Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung

■ Pflegedienste in und um Orth an der Donau

Was	Anbieter*in
Hausfußpflege	Volkshilfe
Mobiles Hospiz Region Gänserndorf & Zistersdorf	Caritas

Tabelle 18: Pflegedienste in und um Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung

Soziale Angebote

Lisa Stöger

■ Bildungseinrichtungen

Was	Anbieter*in	Kontakt
Volksschule	Gemeinde Orth a.d. Donau /Land NÖ	Am Markt 30 2304 Orth/Donau Tel: 02212-2803 E-Mail: vs.orth@noeschule.at
Neue Mittelschule	Gemeinde Orth a.d. Donau /Land NÖ	Neue NÖ Mittelschule Schlossplatz 4 2304 Orth an der Donau Tel.: 02212 / 23 95
Hilfswerk Marchfeld Kinder, Jugend & Familie	Hilfswerk Marchfeld	Zwenge 1, 2304 Orth an der Donau Tel.: 02212 263320
LernQuadrat Groß Enzersdorf	LernQuadrat	Kaiser Franz Josef-Straße 7, 2301 Groß-Enzersdorf

		Tel.: 02249 28277
LernQuadrat Hainburg Nachhilfe	LernQuadrat	Landstraße 6, 2410 Hainburg an der Donau Tel.: 02165 65741
LernQuadrat Nachhilfe Gänserndorf	LernQuadrat	Bahnstraße 51, 2230 Gänserndorf Tel.: 02282 20080

Tabelle 19: Bildungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche; Quelle: eigene Darstellung

■ Betreuung

Was	Anbieter*in	Kontakt
Schulische Nachmittagsbetreuung	Schulische Nachmittagsbetreuung an der ASO Groß-Enzersdorf Otto-Glöckel-Schule / Zentrum für Intensiv- und Sonderpädagogik	Schießstatt-Ring 2, 2301 Groß-Enzersdorf Tel. 02249 / 2393
Hort – Schülertreff	Verein für Schülerbetreuung (Klosterneuburg)	Am Markt 30 2304 Orth an der Donau Tel: 02212/35 08
3 Tagesmutter	Hilfswerk	Tel.: 02282 602 33
Kleinkinderbetreuung	Gemeinde Orth a.d. Donau/ Land NÖ	Neusiedlzeile 7b, A-2304 Orth a. d. Donau Tel: 02212/23 79
Kindergarten	Gemeinde Orth a.d. Donau/ Land NÖ	Neusiedlzeile 7b, A-2304 Orth a. d. Donau Tel: 02212/23 79

Tabelle 20: Kinderbetreuungsformen in Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung

■ Beratung

Was?	Anbieter*in	Kontakt
Hilfswerk Gänserndorf Familien- und Beratungszentrum	Hilfswerk	Hans-Kudlich-Gasse 11, 2230 Gänserndorf Tel.: 02282 60233
PSD Gänserndorf	Psychosoziale Zentren GmbH	Wiener Straße 25 2230 Gänserndorf Tel.: 02282 8733 F.DW 15

berufliche Integration	Institut zur beruflichen Integration IBI	Bahnstraße 2/1.Stock 2230 Gänserndorf 02282/60065
Unterstützung von Menschen, welche von plötzlichen Schicksalsereignissen betroffen sind	AKUTTeam NÖ	A-3100 St. Pölten, Niederösterreichring 2, Haus D Tel.: 0800 144 244
NÖ Pflege- und Betreuungszentrum Orth an der Donau	Land NÖ	Zwenge 3, 2304 Orth an der Donau Tel: 02212/ 31 40-0
Jugend Coaching Gänserndorf	Caritas	Wienerstraße 5a 2230 Gänserndorf Tel.: 0664 526 80 15
Beratungsstelle Wohnsicherung NÖ Ost	Caritas	Hauptplatz 6-7/1 2100 Korneuburg Tel.: 02262-732 85
Mutter-Kind Beratung		Orth an der Donau
Mutterberatung		2304 Orth an der Donau, Am Markt 26 Tel.: 02212/2208

Tabelle 21: Beratungsangebote für Orth an der Donau; eigene Darstellung

■ Blaublichtorganisationen

Was	Anbieter*in	Kontakt
Polizei		Schloßpl. 4, 2304 Orth an der Donau Tel.: 059 1333 216100 133
Feuerwehr	Freiwillige Feuerwehr	Zwenge 5, 2304 Orth an der Donau Tel.: 02212 30000 122

Tabelle 22: zuständige Blaublichtorganisationen für Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung

■ Menschen mit Behinderungen

Was	Anbieter*in	Kontakt
Arbeitsassistenz	Arbeitsassistenz Caritas Gänserndorf	2230 Gänserndorf, Wiener Str. 5a, Tel.: 0664 1506919
Wohnen für Menschen mit Behinderung	Haus mit Leben	2304 Orth an der Donau, Raiffeisenstraße 10

Berufsausbildungsassistenz Gänserndorf	Caritas	2230 Gänserndorf, Wiener- straße 5a Tel.: 0664 842 90 26
Job Coaching Gänserndorf	Caritas	2230 Gänserndorf, Wiener- straße 5a
Der Behindertenverband	KOBV	2304 Orth/Donau Meierhofstr. 4/3 Tel.: 0664 / 527 01 36

Tabelle 23: Angebote für Menschen mit Behinderungen; Quelle: eigene Darstellung

■ geflüchtete Menschen

Was	Anbieter*in	Kontakt
Haus Romeo - Groß Enzersdorf (Familien)	Caritas	Weihen Stephans-Platz 3 2301 Probstdorf

Tabelle 24: Wohngruppen für geflüchtete Menschen in der Nähe von Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung

■ Ämter

Was	Anbieter*in	Kontakt
Abteilung Kinder- und Jugendhilfe	Bezirkshauptmannschaft Gänserndorf	3109 St.Pölten, Landhausplatz 1, Haus 14 Tel.: (02742)9005-16415
Abteilung Schulen	Bezirkshauptmannschaft Gänserndorf	3109 St.Pölten, Landhausplatz 1, Tor zum Landhaus Tel.: (02742) 9005-13240
Abteilung Soziales	Bezirkshauptmannschaft Gänserndorf	3109 St.Pölten, Landhausplatz 1, Haus 14 Tel.: (02742) 9005-16319
Abteilung Wohnförde- rung	Bezirkshauptmannschaft Gänserndorf	3109 St.Pölten, Landhausplatz 1, Haus 7A Tel.: (02742) 9005-14810
Gemeindeamt	Gemeinde Orth an der Donau	

Tabelle 25: zuständige Ämter für Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung

■ Sozialmärkte

Was	Anbieter*in	Kontakt
Sozialmarkt Wolkersdorf	SOMA	2120 Wolkersdorf, Brünner Straße 7 (Ecke Kloster-gasse)

Tabelle 26: Sozialmärkte Nähe Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung

■ Selbsthilfegruppen

Was	Anbieter*in	Kontakt
Schlaganfall Selbsthilfe-Gruppe NÖ	Hilfswerk	2304 Orth a. d. Donau, Hauptstraße 58 Tel.: 02212 / 204 46

Tabelle 27: Selbsthilfegruppen in Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung

Freizeitangebote

Marlies Presser

Im Folgenden werden bereits bestehende Freizeitangebote in Orth aufgeschlüsselt nach Aktivitäten dargestellt.

■ Sport und Bewegung

Was	Anbieter*in/Organisation	Anmerkung
Turnen für Babys, Kinder, Männer, Senior*innen 60+, Smovey, Wirbelsäulengymnastik, Tanzen, Bauch/Beine/Po, Pilates	Allgemeiner Turnverein	Turnsaal in VS Orth Turnsaal NMS Orth vorrangig abends
Bogenschießen	Bogensportverein	Bogenkeller, Freiluft-schießplatz
Kegeln	Kegelsportclub	Kegelsportzentrum
Fußball	Sportclub Orth, Nachwuchsspielgemeinschaft Donau-Auen	Fußballplatz
Tennis	Tennisclub Orth	Tennisplatz
Volleyball	Volleyball Orth	
Fitnessstraining	FF Orth	Offen für Nicht-FF Orth

		Mitglieder
Wandern	Nationalpark Donau-Auen	Diverse Wanderwege
Radfahren	Nationalpark Donau-Auen	Donauradweg und andere
Baden	Nationalpark Donau-Auen	Badeplätze
Rudern	Wassersportverein Orth	
Rodeln		Rodelhügel neben Sportplatz
Skateboarden		Skate-Anlage mit Chill-Bereich inkl. W-LAN bei NMS
Spielen (Kinder)		Spielplatz bei VS/Hort/KG Uferhauswiese: Spielplatz mit Piratenschiff

Tabelle 28: Sport und Bewegung in Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung

■ Zielgruppenspezifische Angebote

Was	Anbieter*in/Organisation	Anmerkung
Aktivitäten für Kinder und Jugendliche	Pfadfinder Kinderfreunde Orther Jugend	Zeltlager Abenteuer Schatzsuche
Aktivitäten für Ältere	Pensionistenverband Seniorenbund Landespflegeheim	Tanz im Sitzen, Gesang, Vorträge, Veranstaltungen
Aktivitäten mit religiösem Hintergrund	Katholischer Pfarrverbund Orth	Heilige Messe, Seelsorge, Feste, monatlich Seniorentreff und Pfarrcafé

Tabelle 29: Zielgruppenspezifische Angebote in Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung

■ Musik und Theater

Was	Wer	Anmerkung
Blasmusik	Donauauen Jagdhornbläser	
Musikkapelle	Musikverein Jugendkapelle Orth/Donau	Konzerte, Wettbewerbe
Schauspiel	Theatergruppe Orth	
Gesang	Allroundsingers Orth	ehemals Kirchen- und Heimatchor Orth

Klassische Musik	Verein zur Förderung klassischer Musik im Marchfeld	Vereinssitz in Orth, Konzertabende
Gegenwartskunst	Museum Orth im Schloss Orth (April–Oktober)	Galerie
Architektur	Schloss Orth	Renaissanceschloss

Tabelle 30: Musik und Theater in Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung

■ Bildung

Was	Wer	Anmerkung
Musizieren lernen, 4 Module für Kinder/Schüler*innen	Musikschule	auch für die Nachbargemeinden
Informationsveranstaltungen zum Thema Gesundheit	Arbeitskreis „Gesunde Gemeinde“	Derzeit wenig Veranstaltungen
Lesen	Öffentliche Bibliothek (Di: 18:00–19:30 Uhr, Fr: 16:00–18:00 Uhr)	v.a. Kinder- und Jugendliteratur, seit kurzem für Erwachsene
Literatur-Café (z.T. mit Lesungen)	Öffentliche Bibliothek (montags, 15:00 Uhr)	
Mini-Club: Kontakt mit Büchern für die Kleinsten mit Begleitperson	Öffentliche Bibliothek	
Lokale und regionale Kultur und Geschichte	Schiffsmühle Orth, Museum Orth im Schloss Orth (April–Oktober)	
Tierpark	Alpaka Platzl	
Natur in der Au	Nationalpark Donauauen	Nationalparkzentrum Schloss Orth (Mitte März–Oktober), Themenwanderwege, Exkursionen

Tabelle 31: Bildungsangebote in Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung

■ Hobby

Was	Wer	Anmerkung
Imkerei	Bienenzuchtverein	
Fischen	Fischereiverein	

Jagd	Jagdgesellschaft	
Schießen	Schützengilde	Schützenkeller im Schloß Orth
Motorräder	Event Bikers	Klubraum im Meierhof
VW Käfer	Marchfelder Käferclub	
Modellflugzeuge	Modellflugklub	

Tabelle 32: Hobby in Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung

■ Freiwilliges Engagement

Was	Wer	Anmerkung
Rettungsdienst, Krankentransporte	Johanniter	
Brandbekämpfung, Wasser- dienst, Fahrzeugbergung	FF Orth	
Punktuelle Spenden	Initiative Orth hilft Haus mit Leben	
Büchereidienst	Bibliothek Orth	
Flohmärkte	Orther Kindertrödeltrupp	
Besuchsdienste	Landespflegeheim Hilfswerk	

Tabelle 33: Freiwilliges Engagement in Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung

18.2.5 Community Ownership

Marlies Presser

Community Ownership beschreibt laut der Soziologin von Unger (2014:32), dass ein Forschungsprojekt durch die Übertragung von Macht und Kontrolle zu einem Anliegen der ansonsten lediglich beforschten Nachbarschaft, Gemeinde, etc. werden kann. Möglichst viele Orther*innen sollen sich mit dem GeSo Orth identifizieren können und sich dafür verantwortlich fühlen, denn das GeSo Orth soll nachhaltig sein, wozu eine hohe Akzeptanz innerhalb der Bevölkerung erforderlich ist (vgl. D2 2017:2). Ein zentraler Punkt ist daher, dass die Angebote im GeSo Orth für viele Orther*innen wichtig sind und von ihnen in Anspruch genommen werden können. Durch die Einbeziehung der Bevölkerung und anderer wichtiger Interessenspartner*innen aus dem Sozial- und

Gesundheitswesen in die Konzeptentwicklung wurde die Relevanz der Angebote sichergestellt. Zudem werden bereits bestehende Angebote eingebunden. Es entsteht keine Konkurrenz, sondern ein aktives Miteinander, das sich auch in den regelmäßigen Vernetzungstreffen (siehe Kapitel 6.2.4) widerspiegelt. Auch werden die Angebote im GeSo Orth laufend unter Einbezug der Orther*innen weiterentwickelt und angepasst. Die entsprechenden Strukturen und Prozesse sollten von Beginn an im GeSo Orth angelegt sein, da ein nachträgliches Hinzufügen häufig nicht den gewünschten Erfolg zeigt (vgl. Wright 2016:o.A.). Um eine partizipative Kultur nachhaltig in einer Organisation zu verankern, benötigt man strukturelles Empowerment, institutionelle Öffnung und Nachfrageorientierung. Strukturelles Empowerment sorgt dafür, dass die Nutzer*innen Zugang zu Informationen haben, um zu verstehen, worum es geht. Sie benötigen außerdem Zeit, um sich eine Meinung zu bilden und Raum, um gegebenenfalls Verbündete zu finden. Die institutionelle Öffnung bezieht sich auf niedrighschwellige Zugänge, d. h. Hürden, ob baulicher, psychologischer, materieller etc., Art werden vermieden. Nachfrageorientierung bedeutet, dass sich das Angebot am Bedarf und an den Interessen der Nutzer*innen orientiert. Die Arbeitsabläufe und Zeitressourcen der Fachkräfte müssen so gestaltet sein, dass sie Interessen erkunden und Angebote anpassen können (vgl. Straßburger / Rieger 2014:237-238).

Das GeSo Orth bietet auch Möglichkeiten für Eigenaktivitäten und Selbstorganisation. Diese können aus einem partizipativen Prozess hervorgegangen oder schon von Beginn an von den Bürger*innen selbst gestartet und getragen worden sein. Die Bürger*innen entscheiden über alle Belange selbst und tragen auch die Verantwortung dafür. Dies kann formell, z.B. als Verein oder informell, z.B. als Stammtisch organisiert werden (vgl. Wright 2016: o.A.). Dadurch können wiederum lokale Ressourcen gestärkt und vernetzt werden. Teilweise müssen die Bürger*innen auch erst in diese selbstverantwortliche und selbstorganisierende Rolle finden. Dies kann z.B. durch ein Bürger*innencoaching unterstützt werden. Ziel ist es, Menschen zu befähigen,

„sich in soziale und politische Prozesse einzubringen, um mehr Kontrolle über ihre Lebenssituation zu bekommen und nachteilige Strukturen zu verändern. Es gehört zum Methodenrepertoire des Empowerment und unterstützt Bürgerinnen und Bürger gemeinsam mit anderen in eigener Sache aktiv zu werden“ (Burczyk 2014:178).

Daneben können weitere Formen der Unterstützung wie z.B. Kinderbetreuung oder eine Mitfahrgelegenheit notwendig sein (vgl. Moser 2013:152). Die beschriebenen Maßnahmen sollen dafür sorgen, dass das GeSo Orth als Ort wahrgenommen wird, an dem man – gemeinsam mit anderen – etwas gestalten kann. Die Ergebnisse aus dem Bürger*innen-Café unterstützen dies, denn das Gemeinwesen, das gegenseitige Geben

und Nehmen soll gestärkt werden. Die Bevölkerung muss entsprechend sensibilisiert und begeistert werden und das Ehrenamt gefördert werden (vgl. D2 2017:5). Es sollte jedoch nicht vergessen werden, dass es in einem Gemeinwesen auch Konflikte gibt und Menschen aus den unterschiedlichsten Gründen ausgegrenzt werden können. In diesem Zusammenhang kommt der Sozialen Arbeit mit ihrem Auftrag zur anwaltschaftlichen Vertretung und der Unterstützung zur Selbstermächtigung benachteiligter Personen und Gruppen eine zentrale Rolle zu (vgl. IFSW 2014).

Als Betreiber tritt die Marktgemeinde Orth an der Donau selbst auf oder ein Zusammenschluss lokaler und regionaler Personen und Organisationen (vgl. D1 2017:4). Die Entscheidungen über das GeSo Orth bleiben dadurch stark in der Gemeinde bzw. Region verankert und können dadurch besser kontrolliert werden. Eine gemeinnützige Betriebsform wurde vom Bürger*innen-Rat als ein zentraler Punkt benannt und stellt sicher, dass die Profitmaximierung nicht im Mittelpunkt steht (vgl. D1 2017:2). Eine solche sozialwirtschaftliche Organisationsform könnte eine Genossenschaft, eine Gegenseitigkeitsgesellschaft, ein Verein oder eine Stiftung sein (vgl. EWSA 2012:11). Dabei muss auch geklärt werden, wie die allgemeinmedizinische Ordination konkret in den Rechtskörper GeSo Orth eingebunden wird. Außerdem ist zu überlegen, ob die selbständigen Netzwerkpartner*innen des GeSo Orth eine wie auch immer geartete Form der Beteiligung am GeSo Orth anstreben.

Abhängig von der Rechtsform der Organisation müssen unterschiedliche Finanzierungsmodelle entwickelt werden. Neben der Inanspruchnahme von Förderprogrammen (Europäische Union, Bund, Land) können auch alternative Finanzierungsformen in Betracht gezogen werden. Ein Beteiligungsmodell am Betrieb des GeSo Orth könnte die Orther*innen langfristig und aktiv einbinden und die Finanzierung nachhaltig absichern. Die Errichtung könnte über Crowdfunding finanziert werden, wodurch international Interesse entstünde (vgl. D2 2017:8). So bietet z.B. die NÖ Regional GmbH eine Crowdfunding- und Spendenplattform und unterstützt Projekte im Bereich der Regionalentwicklung, soziale Initiativen und Vorhaben zur Förderung von Talenten in Niederösterreich (vgl. NÖ.Regional.GmbH 2015:o.A.). Auch über diesen Weg können sich interessierte Personen und Organisationen beteiligen, möglicherweise beschränken sich die Teilhaber*innen dann nicht mehr auf die Gemeinde bzw. den Bezirk.

19 Konzept „GeSo am Wald“

Oliver Auer

19.1 Einleitung

„Die enge Bindung zwischen Mensch und Umwelt bildet die Grundlage für einen sozial-ökologischen Weg zur Gesundheit.“ (WHO Ottawa-Charta 1986:3)

Eine Strategie, um in einem dünn besiedelten Gebiet wie dem südlichen Marchfeld, den nachhaltigen Betrieb eines Gemeinwesenzenzentrums zu sichern, ist die Nutzer*innengruppe über die lokale Bevölkerung hinaus zu erweitern. Zu diesem Zweck unterstreicht die vorliegende Konzeptvariante die geografische Lage der Gemeinde Orth an der Donau als Tor zum Nationalpark Donau-Auen und betont die **gesundheitsfördernde Wirkung** der natürlichen Ressource **Wald** als **Alleinstellungsmerkmal**. Der Auwald hebt Orth an der Donau von den meisten anderen Gemeinden im Weinviertel ab, deren Landschaft vornehmlich vom Ackerbau geprägt ist. Auf eine damit verbundene Anlehnung an das Modell „**Green Care**“ (vgl. Green Care Österreich 2015:o.A.), dem in den letzten Jahren auch auf ministerialer Ebene vermehrt Aufmerksamkeit geschenkt wurde, wird in Punkt 19.1.3 eingegangen.

Der zweite Kernaspekt des Konzeptes ist das Angebot von **Infrastruktur für zielgruppenübergreifende Tagesstrukturmaßnahmen**, in Folge auch als „Tagesstätte“ bezeichnet. Das Fehlen von Tagesstrukturmaßnahmen für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen wurde im Forschungsverlauf als Versorgungslücke identifiziert. Mit dem innovativen Zugang, eine derartige Tagesstätte zielgruppenoffen zu gestalten, trägt die Gemeinde Orth an der Donau dazu bei, Sonderwelten für Menschen mit besonderen Bedürfnissen abzubauen, wie dies im Sinne einer zeitgemäßen Inklusion erforderlich ist (vgl. Meins 2011:457) und setzt ressourcenschonend auf die Idee der **Mehrfachnutzung** öffentlicher Einrichtungen. Abseits der ohnehin bereits effizienten Nutzung der Infrastruktur durch mehrere Trägerorganisationen stehen die Räumlichkeiten außerhalb der betrieblichen Nutzung weitest möglich der gesamten **lokalen Bevölkerung** zur **Selbstorganisation** zur Verfügung.

19.1.1 Ziele

Aufgrund der im Zuge des Forschungsprojekts geführten Expert*inneninterviews (vgl. A1 2017: Zelle T15, T18) und den im Laufe des Partizipationsprozesses von den Bürger*innen der Gemeinde Orth an der Donau formulierten Bedürfnissen und Bedarfen (vgl. D1 2017, D2 2017), wurde für das vorliegende Konzept folgendes Ziel definiert: Mit der Einrichtung GeSo Orth soll ein Gesundheits- und Sozialzentrum für die lokale Bevölkerung nachhaltig etabliert werden, das die Gesundheitsversorgung langfristig sichert, einen sozialen Treffpunkt für die Bürger*innen bereitstellt und das Handlungsspektrum der Orther*innen durch die Schaffung von Möglichkeiten zur Selbstorganisation erweitert.

Dies geschieht durch eine synergetische Vernetzung bereits vorhandener lokaler Ressourcen sowie durch Anreize, die sowohl die Etablierung neuer Dienstleistungen als auch eine Erweiterung der Nutzer*innengruppe fördern. Ein solcher Anreiz wird durch die Implementierung einer zielgruppenübergreifenden Tagesstätte gesetzt, die den Kern des GeSo Orth bildet. Damit wird zugleich eine strukturelle Versorgungslücke in der Soziallandschaft des Marchfelds geschlossen.

19.1.2 Zielgruppe

Das Angebot des GeSo Orth zielt auf alle Menschen ab, deren Wohn- und/oder Arbeitsmittelpunkt in der Gemeinde Orth an der Donau oder im Umland liegt, sowie auf die im südlichen Weinviertel agierenden Sozialen Dienste bzw. deren Nutzer*innen. Längerfristig wird durch die Betonung des Alleinstellungsmerkmals „Wald & Gesundheit“ eine Ausweitung der Zielgruppe über die Bezirksgrenzen hinaus und damit die Etablierung eines Gesundheitstourismus angestrebt. Während professionelle Organisationen die Infrastruktur des Hauses kostenpflichtig nutzen können, stehen Teile der Einrichtung bürgerschaftlichen Initiativen aus Orth an der Donau ohne Entgelt zur Verfügung.

19.1.3 „Green Care“ als Alleinstellungsmerkmal

„Unter dem Sammelbegriff ‚Green Care‘ werden ganz allgemein Aktivitäten und Interaktionen zwischen Mensch, Tier und Natur zusammengefasst, die je nach Kontext gesundheitsfördernde, pädagogische oder soziale Ziele für unterschiedliche Zielgruppen verfolgen“ (Green Care o.A.).

Im vorliegenden Fall bedeutet Green Care, sich die gesundheitsfördernde Wirkung der Natur zu Nutze zu machen und das Thema Wald bzw. den angrenzenden Nationalpark

Donau-Auen dort, wo es sinnvoll erscheint, in das Projekt GeSo miteinzubeziehen. Im Sinne eines ganzheitlichen Konzeptes mit einer entsprechenden Außenwirkung gilt dies für die angebotenen Dienste genauso wie für die architektonische Gestaltung des Zentrums.

Die Betrachtung des **Waldes als gesundheitsfördernde Ressource** geriet in den letzten Jahren auch in Österreich vermehrt ins Zentrum wissenschaftlichen Interesses. So haben sich das Bundesforschungszentrum für Wald, die Medizinische Universität Graz und die Universität für Bodenkultur in einem gemeinsamen Forschungsprojekt mit der „Gesundheitswirkung von Waldlandschaften“ auseinandergesetzt (Cervinka et al. 2014) und auch die Fachhochschule Krems widmet sich dem Themenbereich, indem sie unter anderem den nächsten internationalen Kongress „Gesundheitspotential Wald 2018“ ausrichtet (vgl. FH Krems o.A.).

Das Konzept des „Kur- und Heilwaldes“ ist dabei auch für die **touristische Vermarktung** interessant (vgl. BMV 2015). Eine sich daraus ergebende Ausweitung des sanften Tourismus könnte in weiterer Folge auch Anreize für eine ökonomische Belebung der Gemeinde Orth an der Donau setzen.

19.2 Leistungsangebot

19.2.1 Optionale Green Care-Angebote

Im Konkreten bieten sich folgende Möglichkeiten, um die Schnittstellen Naturerleben und Gesundheitsförderung im GeSo Orth unter einem Dach zu vereinen:

- **Waldtherapie**

Waldlandschaften können insgesamt einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsförderung leisten. So werden Aufenthalte im Wald mit der Reduktion physiologischer Stressindikatoren und einer Steigerung des psychischen Wohlbefindens in Verbindung gebracht. Waldbesuche fördern außerdem die körperliche Aktivität und „tragen so zur Vorbeugung bewegungsassoziierter Krankheiten wie z.B. Übergewicht bei. [...] Darüber hinaus können Waldspaziergänge die Immunabwehr stärken und die Schlafqualität von Personen mit Schlafstörungen verbessern“ (Cervinka et al. 2014:33–34).

Besonders im ostasiatischen Raum wird der präventiven und therapeutischen Wirkung von Waldbesuchen schon längere Zeit wissenschaftliche Aufmerksamkeit geschenkt (vgl. Bum et al. 2010; Morita et al. 2006 u.a.). Das japanische Ministerium für Land-, Forstwirtschaft und Fischerei schuf im Jahr 1982 den Begriff „**Shinrin-yoku**“, der frei als „Waldbaden“ übersetzt werden kann. Seit einigen Jahren ist Shinrin-yoku auch in Europa Thema von Forschungs- und Gesundheitsförderungsprojekten (vgl. Cervinka et al. 2014). An der Ludwig-Maximilians-Universität München wird mittlerweile eine Ausbildung zur Waldtherapeut*in angeboten (vgl. LMU 2017). Aber auch für gängige Formen der Psychotherapie ist ein Wechsel vom Therapieraum in den Wald attraktiv. Die außergewöhnliche Umgebung und damit verbundene neue Perspektiven können unterstützend auf die therapeutische Arbeit wirken (vgl. Knümann 2017). Die Integration der Dienstleistung Waldtherapie in das GeSo Orth würde wesentlich zu einer ganzheitlichen Betrachtung des Themas Gesundheit unter der Berücksichtigung bestehender Ressourcen beitragen und eine Vermarktung des Zentrums über die Ortsgrenzen hinaus fördern.

Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass Formen der **Waldtherapie keine medizinische Behandlung ersetzen**. Sie sind als positive Ergänzung zu betrachten. Durch die Aktualität des Themas ist den gegenwärtigen Entwicklungen in diesem Forschungsbereich besondere Aufmerksamkeit zu schenken und es gilt, das vorliegende Konzept bei einer Weiterverfolgung an den jeweiligen State-of-the-art anzupassen.

■ Waldgeragogik

Unter „Waldgeragogik“ versteht man ein auf Senior*innen zugeschnittenes Bildungsprogramm. Das Konzept wurde im Rahmen der Green Care-Strategie erarbeitet.

„Die Geragogik als jene Wissenschaftsdisziplin, die sich mit der Bildung Äterer und lebensbegleitendem Lernen auseinandersetzt, bietet die Grundlage für die Programmentwicklung im Rahmen von ‚Green Care‘-Waldgeragogik. In Anbetracht der wirtschaftlichen Entwicklung werden in Zukunft wohnortnahe, niederschwellige und kostengünstige Bildungsangebote für Seniorinnen und Senioren an Bedeutung gewinnen. Bewegung im Wald und Beschäftigung mit dem Wald bieten sich an: Die positiven Auswirkungen des Waldes auf Ätere sind wissenschaftlich gut belegt und das waldpädagogische Prinzip, den Wald ‚mit allen Sinnen zu erfahren‘, gilt auch für Ätere.“ (Felmer / Rigal o.A.)

Die Gemeinde Orth an der Donau verfügt mit dem Landespflegeheim, den Diensten und Wohnmöglichkeiten des Hilfswerk Marchfeld sowie den örtlichen Senior*innenvereinen bereits über eine gut ausgebaute Infrastruktur für die ältere Bevölkerung. In den von der Forschungsgruppe geführten Expert*inneninterviews kam jedoch zu Tage, dass die

Möglichkeiten zur Tagesstrukturierung für diese Zielgruppe einer Erweiterung bedürfen (vgl. A1 2017: Zelle K20, E13). Neben den direkt im GeSo Orth nutzbaren Angeboten bietet sich die Etablierung eines derartigen waldgeragogischen Programmes an, das in Kooperation mit der Nationalparkverwaltung über das GeSo Orth koordiniert wird.

■ Waldpädagogik

Analog zur Waldgeragogik kann die Infrastruktur des GeSo auch dafür genutzt werden, das umweltpädagogische Angebot für Kinder und Jugendliche auszubauen. Dass Bedarf an Einrichtungen für die jungen Bürger*innen der Gemeinde besteht, wurde in den geführten Expert*inneninterviews genauso thematisiert, wie der Wunsch des Nationalparks, sein Bildungsprogramm für Schüler*innen zu erweitern (vgl. A1 2017: Zelle T15, P26).

■ Arbeit mit Kräutern

Als weitere Schnittstelle zwischen Wald und Gesundheit sind Angebote zum Thema Heilkräuter denkbar. Die Palette reicht hier von sozialintegrativen Aktivitäten wie angeleitetem gemeinsamen Kräutersammeln²⁶ über leichte körperliche Tätigkeiten im zentrumseigenen Kräutergarten und die Herstellung von Tees, Kräutersalzen, Sirupen oder Duftaccessoires im Rahmen des Tagesstättenprogrammes in den Werkstätten hin zu Vorträgen und Workshops zur Nutzung von Wald- und Wiesenpflanzen.

In der Arbeit mit Kräutern zu Therapiezwecken²⁷ und als Form von Tagesstruktur kann in Niederösterreich bereits auf einen Erfahrungsschatz zurückgegriffen werden. So betreibt beispielsweise die Caritas in Laa an der Thaya ein Kräuter-Café und das Therapiezentrum Ybbs an der Donau bringt Gartentherapie inklusive Kräuterstube in der Rehabilitation psychischer Erkrankungen zum Einsatz.

19.2.2 Infrastruktur Tagesstätte in Mehrfachnutzung

Wie bereits erwähnt, wurde im Partizipationsverfahren von Vertreter*innen der lokal tätigen Sozialdienste mehrmals der Wunsch nach gemeindenahen Tagesstrukturoptionen für die jeweilige Zielgruppe geäußert (vgl. A1 2017: Zelle T15, T18, T21).

²⁶ Achtung, Beschränkung im Nationalpark!

²⁷ Nicht zu verwechseln mit „Kräutertherapie“, bei der Kräuter als Medizin eingesetzt werden.

Begleitete Tätigkeiten in einer Tagesstätte wirken für Menschen mit besonderen Bedürfnissen sinnstiftend und Menschen in psychosozialen Krisen können dadurch bei der sozialen und beruflichen Rehabilitation unterstützt werden. Da im Mangel an solchen Institutionen ein strukturelles Defizit in der Region südliches Weinviertel identifiziert wurde, wird im vorliegenden Konzeptvorschlag ein Schwerpunkt auf den Baustein „Tagesstruktur“ gesetzt.

Für die Umsetzung des GeSo am Wald gilt es, in Kooperation mit den verschiedenen regional tätigen Trägern eine Infrastruktur zu schaffen, die sowohl die verschiedenen Zielgruppen als auch die örtliche Gesamtbevölkerung bedient.

Anstelle von mehreren getrennten zielgruppenspezifischen Einrichtungen, die von jeweils einer Trägerorganisation betrieben werden, besteht der Kern des GeSo Orth aus einer von einer gemeindenahen Organisationseinheit verwalteten Infrastruktur, die von mehreren Trägern bzw. den jeweiligen Klient*innen genutzt wird und auch der lokalen Bevölkerung für eigene Projekte zur Verfügung steht.

Es ist sowohl denkbar, die Module einzelnen Trägern für die Arbeit mit ihren Zielgruppen zur Verfügung zu stellen, als auch zielgruppenübergreifende Projekte zu schaffen, die einem zeitgemäßen Bild von Inklusion (vgl. Meins 2011:457) gerecht werden. Ein detailliertes Konzept für die Ausrichtung der Tagesstrukturangebote wird von einer Arbeitsgruppe, die aus Vertreter*innen aller an einer Kooperation interessierten Trägerorganisationen besteht, erarbeitet.

Als potenzielle Nutzerorganisationen sind das Hilfswerk Marchfeld, das Pflege- und Betreuungszentrum Orth, die Psychosoziale Zentren GmbH (PSZ/PSD), der Verein Haus mit Leben, Bildungsprojekte des Nationalpark Donau-Auen, aber auch Organisationen, die bisher nicht oder kaum in Orth an der Donau aktiv sind, denkbar.

Produkte, die in der Tagesstätte entstehen, könnten über den Shop des Nationalpark Donau-Auen oder in einem eigenen Dorfladen vermarktet werden. Die Beschreibung der infrastrukturellen Module, die für die Tagesstätte empfohlen werden, folgen im nächsten Abschnitt.

Die Arbeit in derartigen Einrichtung wird in der Regel von therapeutischen Zusatzangeboten unterstützt. Damit entsteht eine Grundnachfrage nach Gesundheits-

dienstleistungen, die den Anbieter*innen eine gewisse ökonomische Sicherheit gewährleistet und es damit erleichtert, in Orth an der Donau neue Angebote im Gesundheitsbereich zu etablieren.

■ Module Tagesstätte

■ Gemeinschaftsküche

Die Möglichkeit des gemeinsamen Kochens gehört in urbanen Nachbarschaftszentren beinahe zum Standardprogramm. Kochen und Essen zählen zu den essentiellen menschlichen Tätigkeiten. Beides sind hochgradig soziale Akte (vgl. Barlösius 2011), bei denen sich Menschen auf verschiedenen Ebenen einbringen können. Der Austausch von Wissen in Form von Rezepten oder bestimmten Kochtechniken und die Ausführung von Tätigkeiten in unterschiedlichen Schwierigkeitsgraden schaffen Partizipationsmöglichkeiten für Menschen mit den unterschiedlichsten Begabungen. Mit der Einrichtung einer adäquaten gemeinschaftlich nutzbaren Koch- und Essstelle wird damit ein Angebot für die gesamte lokale Bevölkerung geschaffen.

Abgesehen vom sozialen Mehrwert des Kochens besteht hier auch eine gesundheitsfördernde Wirkung, da in diesem Rahmen auf lustvolle Weise direkt in der Praxis Einfluss auf die Ernährungsgewohnheiten der Bevölkerung genommen werden kann. Für die Umsetzung derartiger Projekte besteht eine Fördermöglichkeit über das Projekt „Gesunde Nachbarschaft“ des Fonds Gesundes Österreich. Teile der Gemeinschaftsküche können im Falle der Arbeit mit Wildkräutern (siehe Kapitel 19.2.1) auch als Kräuterstube genutzt werden.

■ Holzwerkstatt

Durch die Fokussierung auf die Ressource Wald liegt es nahe, sich neben der Nutzbarmachung von Wildpflanzen auch mit der Bearbeitung des Werkstoffs Holz auseinanderzusetzen. Holzwerkstätten als Möglichkeit zur Tagesstrukturierung werden in Wien und Niederösterreich bereits von mehreren Trägern (Lebenshilfe, PSZ, WSD u. a.) angeboten. Auch hier ist ein reicher Erfahrungsschatz vorhanden. Die Arbeit mit Holz kann ebenso im Rahmen pädagogischer Maßnahmen, wie Schul- oder Berufsorientierungsprojekten eingesetzt werden.

■ Kreativwerkstatt

Neben der klassischen Holzwerkstatt bietet ein Kreativraum Platz für Tätigkeiten mit anderen Werkstoffen, wie Textil-, Papier- oder Flechtarbeiten. Durch die mögliche Staubbildung bei der Holzarbeit ist eine räumliche Trennung dringend anzuraten. Bei Platzmangel können Kreativarbeiten ohne größere Verschmutzungsgefahr auch in einem Multifunktionsraum durchgeführt werden, der im Folgenden behandelt wird.

■ Multifunktionsraum

Der Multifunktionsraum bietet Platz für bis zu 50 Personen und kann für Bildungs- und Informationsveranstaltungen, Gruppentherapiesitzungen, aber auch für gesundheitsfördernde leichte Sportangebote wie Tanz, Yoga, Pilates, Chi Gong etc. genutzt werden. Da derartige Bewegungsangebote in der Regel einen

möglichst leeren Raum benötigen, wird empfohlen, die Räumlichkeit mit mobiler Ausstattung zu bestücken, um sie ohne großen Aufwand an die jeweiligen Nutzungsanforderungen anzupassen. Der Multifunktionsraum ist mit ausreichendem technischen Equipment wie Beamer, Soundanlage, dimmbarem Licht und mit Moderationshilfsmitteln wie Flipchart, Pinnwänden etc. ausgestattet. Er kann sowohl von professionellen Organisationen für Therapie- und Bildungsangebote, als auch für Formen der Selbstorganisation der lokalen Bevölkerung genutzt werden. Um Platz und Kosten zu optimieren, ist auch eine Variante denkbar, in der nach Betriebsschluss eine großzügige Lobby für derartige Tätigkeiten genutzt wird.

■ Therapiegarten

Zur Erweiterung der Green Care Wald-Tätigkeiten wird die Implementierung eines gartentherapeutischen Angebotes empfohlen. Da anzunehmen ist, dass die meisten Bewohner*innen der Gemeinde über eigene Grünflächen verfügen, ist ein therapeutisch begleitetes Gartenprojekt den in urbanen Nachbarschaftszentren häufig vorhandenen Gemeinschaftsgartenprojekten vorzuziehen.

„Neben medizinischen Therapiegründen (z. B. Behinderungen, Demenz, Morbus Alzheimer) sind es zunehmend gesellschaftlich und sozial bedingte Krankheitsbilder (z. B. Depressionen, Traumatisierungen), die neben den klassischen Behandlungsmöglichkeiten den Einsatz neuer therapeutischer Strategien sinnvoll erscheinen lassen. Sowohl bei der Betreuung von Kindern und Jugendlichen, psychosomatisch und psychiatrisch Erkrankten, geriatrisch oder demenziell veränderten Menschen oder bei der Rehabilitation Suchtkranker verzeichnet die Gartentherapie große Erfolge und stellt eine ganzheitliche Ergänzung oder Alternative zu herkömmlichen therapeutischen Strategien dar“ (Donau-Univ. Krems o.A.).

Sowohl die Donau-Universität Krems, als auch die Hochschule für Agrar- und Umweltpädagogik Wien bilden gartentherapeutische Fachkräfte aus.

■ Bewegungsmeile

Eine im Partizipationsprozess von der lokalen Bevölkerung gewünschte Outdoor-Bewegungsmöglichkeit, wie ein „Erwachsenenspielplatz“ oder eine Fitnessmeile (vgl. D1 2017:4) wird in unmittelbarer Nähe des Zentrums errichtet. Sie ist frei zugänglich und wird bestenfalls von einem in Orth an der Donau tätigen Unternehmen im Rahmen einer Sponsoringkooperation finanziert. Das GeSo setzt Impulse zur gemeinsamen Nutzung, in dem es offene und/oder zielgruppenspezifische Trainingsstunden für die Bevölkerung initiiert. Längerfristig sollen auch diese Initiativen von der Bevölkerung selbst organisiert werden.

19.2.3 Bildungs- und Informationsaktivitäten

Die Programmgestaltung des GeSo Orth wird von den Gemeinwesenarbeiter*innen koordiniert. Angestrebt wird ein breit aufgestelltes Bildungs-, Informations- und Aktivierungsprogramm, das zu weiten Teilen von lokal tätigen Organisationen und von bürgerschaftlichen Initiativen organisiert wird, wobei die Gemeinwesenarbeiter*innen bemüht sind, Lücken zu schließen und Impulse zu setzen. Die Waldpädagogik und waldgeragogische Konzepte erfahren im Sinne der angestrebten Green-Care-Ausrichtung Berücksichtigung.

19.2.4 Koordinierte Vernetzungsplattform

Netzwerkarbeit auf allen Ebenen ist ein zentraler Aspekt zeitgemäßer Gemeinwesenarbeit (vgl. Lüttringhaus 2011:280). Eine koordinierte Kooperation bestehender Dienste und Angebote erhöht die Effizienz des Hilfesystems durch Ressourcenoptimierung und entstehende Synergieeffekte.

Deshalb organisiert das GeSo Orth einmal im Quartal eine die Vernetzung fördernde **Nutzer*innenkonferenz** für alle im Zentrum aktiven Träger und Dienstleister*innen. Jede zweite dieser Sitzungen wird als „**GeSo-Team Marchfeld**“ auf die anderen in der Region tätigen Organisationen und Institutionen ausgeweitet, um den Austausch über weiterreichende Angelegenheiten und Zusammenhänge zu fördern. Sozialraumsitzungen dieser Art sind in der Bundeshauptstadt lange erprobt (vgl. Schnee 2000) und auch in Graz haben sich mit den vom Sozialmedizinischen Zentrum Liebenau ausgerichteten „Gesundheitsplattformen“ institutionalisierte Vernetzungstreffen auf Bezirksebene bewährt (vgl. SMZ Liebenau o.A.). Derartige Regionalkonferenzen helfen, Phänomene und Probleme zu identifizieren, die ein weiteres Feld als die jeweilige Gemeinde oder Zielgruppe betreffen. Sie fördern den Austausch und die Zusammenarbeit unter den verschiedenen Organisationen und erhöhen damit die Effizienz des gesamten Hilfesystems.

Bei regelmäßigen vom Zentrum koordinierten offenen Bürger*innen-Foren, die auch der Vernetzung dienen, werden Themen rund um das GeSo, aber auch abseits des Einrichtungsbetriebes behandelt.

Eine spezielle Rolle kommt hierbei, wie bereits weiter oben erwähnt, den Gemeinwesenarbeiter*innen zu, die diese Vernetzungsaktivitäten koordinieren.

19.2.5 Medizinische Versorgung

Das GeSo Orth beherbergt auch Ordinationsräumlichkeiten für eine*n **Allgemeinmediziner*in** und für Fachärzt*innen. Mangels alternativer Möglichkeiten durch die derzeitige Gesetzeslage gilt es, eine*n Allgemeinmediziner*in von der Integration seiner/ihrer Praxis in das Projekt zur überzeugen. Diese*r unterhält einen üblichen Einzelvertrag mit der Gebietskrankenkasse. Das GeSo vereinbart mit dem/der Allgemeinmediziner*in im Nutzungsvertrag eine umfassende Zusammenarbeit mit den anderen Diensten des Zentrums inkl. einer institutionalisierten Vernetzung.

Fachärztliche Versorgung wird voraussichtlich nur punktuell bzw. auf privatärztlicher Basis möglich sein. Hier könnte ein mehrfachgenutzter Ordinationsraum, der tageweise von Spezialist*innen besetzt wird, die Versorgungslage zumindest teilweise verbessern.

Außerhalb der Ordinationszeiten ist mit einem/einer der Gemeinwesenarbeiter*innen eine **diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegekraft** (DGKP) vor Ort (siehe Kapitel 7.3.1), die eine Erstberatung durchführen und ihr vom Gesetzgeber zugestandene medizinisch-pflegerische Tätigkeiten übernehmen kann. Aus diesem Grund sind die Dienstzeiten des*der DGKP komplementär zu den Sprechstunden des Arztes*der Ärztin angelegt. In den wöchentlichen Teamsitzungen besteht die Möglichkeit, sich neben internen Vorgänge auch über einzelne Patient*innen auszutauschen, sollte das von diesen gewünscht sein.

Ist auch der/die DGKP außer Dienst, steht im immer zugänglichen Eingangsbereich des GeSo eine **Multimediazelle** zur Verfügung. Via Touchscreen kann mittels eines Buttons die „Gesundheitsberatung 1450“ kontaktiert werden. Außerdem sind unkompliziert die Kontaktdaten der nächstgelegenen diensthabenden Ärzt*innen abrufbar. Denkbar sind auch angedockte Tools wie ein digitales Puls- und Blutdruckmessgerät, das eine erste Einschätzung der erfassten Werte vornimmt. Die Funktionen dieser Zelle werden je nach rechtlicher und technischer Entwicklung an den aktuellen Stand angepasst und erweitert.

19.2.6 Beratende und therapeutische Dienstleistungen

Für Dienstleister*innen aus den Fachbereichen **Psychotherapie, Physiotherapie, Ergotherapie, Heilmassage, Ernährungsberatung u.Ä.** stehen Therapie- und Beratungsräumlichkeiten zur Verfügung, die bedarfsweise angemietet werden können. Diese Fachkräfte arbeiten als selbständige Unternehmer*innen oder sind im Auftrag einer externen Trägerorganisation tätig.

19.2.7 SÖB-Mini-Bistro

Die Lobby des GeSo Orth beherbergt ein kleines Bistro, das als sozialökonomischer Betrieb geführt wird. Dezenete Waldgeräusche aus Lautsprechern sorgen für eine entspannte Atmosphäre und machen Lust auf einen Auwaldspaziergang.

19.2.8 Betreute Wohngemeinschaften

Das von engagierten Bürger*innen der Gemeinde Orth an der Donau seit geraumer Zeit verfolgte Projekt „Haus mit Leben“, das sich für eine Wohnmöglichkeit für Menschen mit Behinderung einsetzt (vgl. Haus mit:Leben 2017), wird in Form zweier betreuter Wohngemeinschaften umgesetzt. Diese werden in bereits in der Ortschaft bestehenden Immobilien eingerichtet und administrativ an das GeSo Orth angedockt. Die örtliche Trennung von Wohnmöglichkeit und Tagesstruktur erfolgt bewusst im Sinne der Vermeidung von „Sonderwelten“ für Menschen mit Behinderung (vgl. Meins 2011:457). Die Betreuung der Wohngemeinschaften wird über die Büroräumlichkeiten des GeSo koordiniert.

Im Sinne der in diesem Konzept verfolgten Green Care-Ausrichtung des Projektes könnte auch eine Wohnvariante mit Green Care-Bezug ins Auge gefasst werden (vgl. Green Care o.A.a). Details zu einer derartigen Wohnform können im Zuge dieses Forschungsprojektes jedoch nicht ausgearbeitet werden und sind als Teil eines allfälligen Folgeauftrages zu betrachten.

19.3 Rahmenbedingungen

19.3.1 Personelle Ressourcen

Da in der Einrichtung vorwiegend externe Dienstleister*innen tätig sind, die entweder selbständig oder bei den jeweiligen Trägerorganisationen beschäftigt sind, ist das Stammteam der vorliegenden GeSo-Variante verhältnismäßig schlank. Auch die entsprechenden **Fachkräfte** für die angebotene **Tagesstruktur** werden von den jeweiligen projektverantwortlichen Trägerorganisationen gestellt.

■ Gemeinwesenarbeiter*innen

Den personellen Kern des Zentrums bildet ein **Gemeinwesenarbeiter*innen**-Team, bestehend aus einem*einer **Sozialarbeiter*in** und einer **diplomierten Gesundheits- und Pflegefachkraft**. Diese Mitarbeiter*innen übernehmen gemeinsame, aber auch ihrem Fachgebiet entsprechende spezifische Aufgaben. Sie koordinieren das Programm der Einrichtung, die Vernetzung der relevanten Akteur*innen und bündeln Know-how über bestehende Gesundheits- und Sozialangebote. Sie halten offene Sprechstunden für die Bewohner*innen in Gesundheits- und sozialen Fragen, organisieren mit den

örtlichen Fachkräften Präventionsprogramme, koordinieren das Freiwilligenwesen und haben eine Drehscheibenfunktion für die Anliegen Hilfesuchender.

■ Geschäftsführer*in

Die Leitung der geschäftlichen Tätigkeit der Einrichtung sowie die Endverantwortung für Personal und Ausstattung obliegt einem*einer von der Betreiberorganisation einzusetzenden Geschäftsführer*in. Seine*ihre Aufgabe besteht auch darin, die Finanzierung des Hauses sowie die Verwaltung und Instandhaltung des Gebäudes zu koordinieren. Die Geschäftsführung steht außerdem in regelmäßigem Austausch mit dem Management des Nationalpark Donau-Auen, um Informationen zum Status der gemeinsamen Schnittstellen auszutauschen.

■ Öffentlichkeitsarbeiter*in

Da das „GeSo am Wald“ eine überregionale Inanspruchnahme wesentlicher Teile seines Angebots anstrebt, ist eine entsprechende Kommunikationsstrategie zu erarbeiten und umzusetzen. Die Stelle für Öffentlichkeitsarbeit kommuniziert das Programm und das Angebot des Hauses an die Bevölkerung und aktualisiert jene Informationen, die über die Multimediazelle abgerufen werden können. Ein periodisch erscheinendes Printmedium und ein Internetauftritt mit allen wichtigen Infos sind ebenfalls Teil des Öffentlichkeitsauftritts des GeSo Orth.

19.3.2 Architektur

Durch die thematische Fokussierung auf die natürliche Ressource Auwald bietet sich an, dem Werkstoff **Holz** in der Umsetzung des Projekts besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Der Wohlfühlfaktor im Gebäude wird außerdem durch eine dem Generalthema ebenso geschuldete umfassende **Bepflanzung** erhöht. Der Umstand, dass sich der Kontakt zur Natur positiv auf den Gesundheitszustand von Menschen auswirkt (vgl. Maller et. al. 2005), soll damit auch im Inneren des Gebäudes zu tragen kommen.

Das durchwegs **barrierefrei** erschließbare Gebäude zeichnet sich vor allem durch seine Nutzungsflexibilität aus. Diese äußert sich zum einen darin, dass einzelne Räume klar darauf ausgerichtet sind, **verschiedene Nutzungen** zu erfahren, zum anderen werden Büros und Behandlungsräume so angelegt, dass sie zwar über längere Zeit einer

gewissen Nutzung unterliegen, diese jedoch ohne großen Aufwand von einer anderen längerfristigen Nutzungsform abgelöst werden kann.

Betreten wird das GeSo über eine **Lobby**, die einen loungeartigen Aufenthaltsbereich und das **Bistro** beherbergt. Dieses ist außerhalb der Öffnungszeiten vom Rest der Lobby abtrennbar.

In der Lobby findet sich auch ein **halboffener Bürobereich**, der als Schnittstelle zwischen Organisation und Nutzer*innen dient. Hier befindet sich der Arbeitsplatz der **Gemeinwesenarbeiter*innen**. Dabei dient ein abgetrennter Gesprächsbereich im Bedarfsfall dem Schutz der Intimsphäre. Für tiefer gehende Beratungsgespräche werden die dafür vorgesehenen Räumlichkeiten im ersten Stock genutzt.

Die Gemeinwesenarbeiter*innen fungieren auch als **Drehscheibe** für die Anliegen der Nutzer*innen und teilen sich den Arbeitsplatz mit der **Ordinationsassistenz** des*der praktischen Arztes*Ärztin. Eine Anmeldung zum Arztbesuch ist direkt in der Lobby möglich. Der **Frontdesk** ist jedoch so angelegt, dass durch das Betreten über einen Seiteneingang auch ein diskreter Arztbesuch erfolgen kann. Ein Rezeptionsmöbel mit Ecklösung könnte hier Abhilfe schaffen.

Im Erdgeschoss befinden sich auch der Multifunktionsraum und die Gemeinschaftsküche. In den Kellerräumen sind die Holzwerkstatt und der Kreativraum angesiedelt, wobei auf eine ausreichende Tageslichtzufuhr zu achten ist.

Im oberen Stockwerk liegen das Leitungsbüro, ein Gemeinschaftsbüro der mobilen Dienste, von dem aus unter anderem die Betreuung der Wohngemeinschaften des Vereins Haus mit Leben koordiniert werden (siehe Kapitel 19.2.8). Außerdem finden sich hier jeweils zwei Ordinations- und Therapie- bzw. Besprechungsräume, wobei diese so zu gestalten sind, dass einer Veränderung des Angebots möglichst unkompliziert Rechnung getragen werden kann

19.3.3 Lage / Erreichbarkeit

Trotz des Themenschwerpunktes „Wald“ wird empfohlen, das GeSo Orth in Zentrumsnähe zu errichten. Der Fußweg vom Zentrum in den Auwald soll die Nutzer*innen durch den Ortskern führen, um diesen zu beleben. Der Standort sollte gut an das öffentliche

Verkehrsnetz und an das Radwegesystem angeschlossen sein. Zusätzlich sind ausreichende Parkmöglichkeiten zu berücksichtigen.

Die Öffnungszeiten und Ordinationszeiten des GeSo Orth gestalten sich wie folgt:

Tag	Öffnungszeiten GeSo Orth	Ordinationszeiten Allgemeinmediziner*in
Mo.	07:00-18:00	07:00-12:00
Di.	08:00-18:00	14:00-18:00
Mi.	08:00-18:00	08:00-11:00
Do.	08:00-19:30	15:30-19:30
Fr.	08:00-18:00	14:00-18:00

Tabelle 34: Öffnungszeiten „Geso am Wald“; Quelle: eigene Darstellung

Die für die Bevölkerung nutzbaren Räumlichkeiten können nach Vereinbarung auch außerhalb dieser Zeiten mittels **Chipkarte** genutzt werden. Das Foyer oder zumindest Teile davon (jedenfalls die **Multimediazelle**) sind **rund um die Uhr** geöffnet und dienen der lokalen Bevölkerung als Begegnungsort.

19.3.4 Rechtsform / Finanzierung

Für Umsetzung und Betrieb des GeSo Orth wird die Gründung eines eigenen **Betreibervereins** empfohlen. Diesem stehen Gemeindevertreter*innen, Vertreter*innen der Zivilgesellschaft und Repräsentant*innen der wichtigsten involvierten Trägerorganisationen vor.

Die Errichtung wird über einen Mix aus **Gemeindegeldern, Förderungen und einem Bürger*innenbeteiligungsmo-
dell** finanziert. Die Kosten für den laufenden Betrieb werden durch einen **Fördermix** und die Einnahmen aus der **Vermietung** gedeckt.

Die Erstellung eines Finanzierungskonzeptes ist als Teil eines eigenständigen Folgeprojektes zu sehen.

20 Konzept „GeSo-Flex“

Patricia Renner und Magdalena Seidl

Das Konzept „GeSo-Flex“ hat seinen Schwerpunkt in einer partizipativen, mitwachsenden Organisationsform. Der gesellschaftliche Wandel in Österreich wie beispielsweise die Steigerung des Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung, Bevölkerungsrückgänge in Landgemeinden und die Pensionierung vieler Landärzt*innen stellt eine große Herausforderung für das Sozial- und Gesundheitssystem dar (vgl. ÖROK 2013; Redelsteiner 2016:33; Kuhn 2014:15). GeSo-Flex nimmt die daraus resultierenden Anforderungen im ländlichen Raum auf und ermöglicht mittels partizipativer, flexibler Prozesse ein situationsentsprechendes Angebot. Veränderungen in Bevölkerungs- und Familienstrukturen, Mobilitätsansprüchen und der daraus resultierenden Notwendigkeit, mehr Kompetenzen im Umgang mit der eigenen Gesundheit zu etablieren, soll mit dem Konzept GeSo-Flex niederschwellig begegnet werden. Dieses stellt sich den Herausforderungen der heutigen Gesellschaft, indem nicht nur die Risiken, sondern auch die Chancen ländlicher Versorgungsstrukturen aufgezeigt und genutzt werden. Über das individuelle Gesundheitsverhalten hinaus werden gesundheitsfördernde Strukturen aufgezeigt.

Gemeinsam mit den Bürger*innen wird nach Ideen und Lösungen gesucht und damit eine Kultur der Teilhabe und Identifikation mit und im eigenen Lebensraum gefördert. Das Gesundheitsverhalten einer einzelnen Person steht häufig im Fokus. Das GeSo-Flex-Konzept stellt die Gesundheitsverantwortung mit ihrer zentralen Verortung sinnbildlich wieder in die Mitte der Gemeinde und der Gesellschaft.

20.1 Leistungsangebot

Der Gesundheitszustand ist abhängig von den Umständen, unter denen wir geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und altern (vgl. Klemperer 2015:29). Zum Teil ist es uns möglich, diese mitzugestalten und zu steuern, einigen anderen Faktoren sind wir ausgesetzt. Diese bestimmenden Faktoren, die unser Leben und gleichzeitig unsere Gesundheit beeinflussen, werden in den Gesundheitswissenschaften als soziale Determinanten der Gesundheit bezeichnet. Soziale Determinanten der Gesundheit sind hauptsächlich für gesundheitliche Ungleichheiten verantwortlich.

Der Gesundheits- und Sozialarbeitswissenschaftler Christoph Redelsteiner fasst die zentralen Determinanten für Gesundheit folgendermaßen zusammen:

„Zentrale Determinanten für Gesundheit bilden soziale Aspekte wie Bildung, Einkommen, Beruf, Zugang zu passenden (Hilfe-)Ressourcen und ein unterstützendes soziales

Netzwerk, welche die Möglichkeit bieten, sein Leben in der Gesellschaft zu entfalten und damit integraler Teil einer Gemeinschaft zu sein – teil zu haben.“ (Redelsteiner 2017:12).

Basierend auf der Definition eines ganzheitlichen Gesundheitsbegriffs, welcher körperliche, geistige und seelische Bedürfnisse des Menschen berücksichtigt, benötigt ein Mensch in seinem Umfeld Orth an der Donau eine Ausgewogenheit in den sozialen Determinanten der Gesundheit (vgl. Abbildung 72).

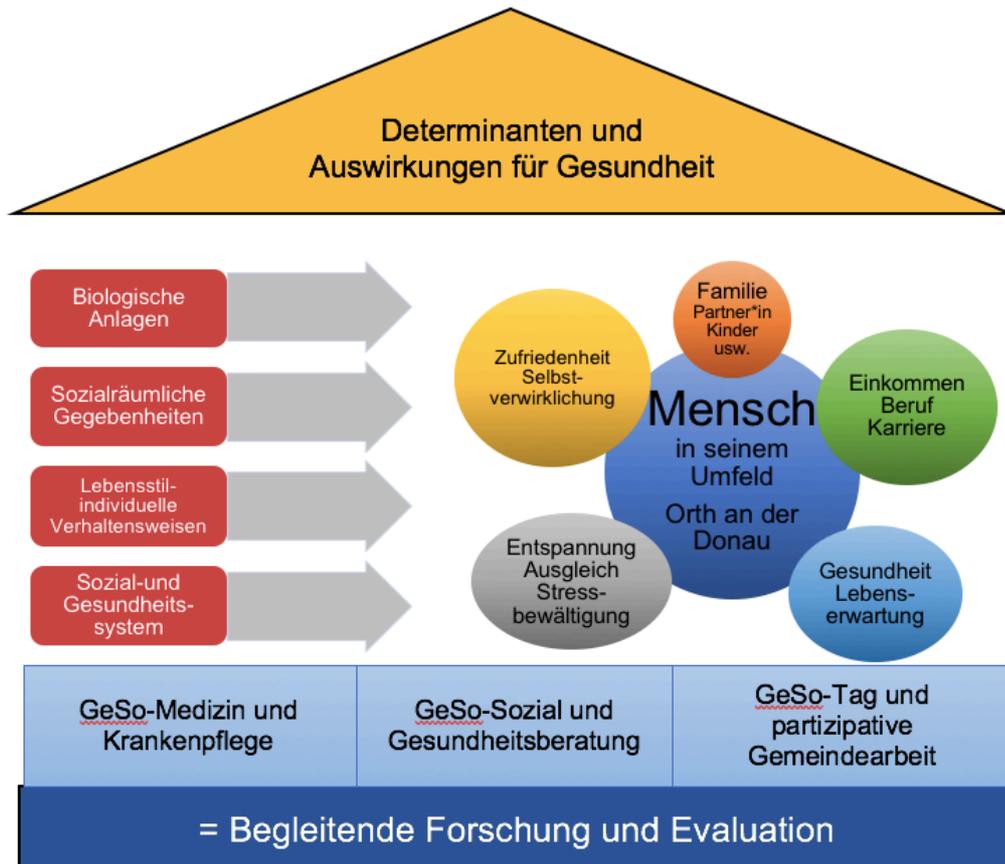


Abbildung 72: Determinanten für Gesundheit in Orth; Quelle: eigene Darstellung

Der Mensch als Teil der Gesellschaft in und mit seinem Umfeld in Orth an der Donau steht im Mittelpunkt. Er / sie ist mit unterschiedlichen biologischen Anlagen wie Alter, Geschlecht, Erbanlagen, ethnischer Herkunft usw. ausgestattet. Die Person lebt in ihren sozialräumlichen Gegebenheiten. Diese entstehen aus der physischen Umwelt, den zu bewältigenden Arbeitsbedingungen, sozialen und wirtschaftlichen Faktoren sowie kulturellen und gesellschaftlichen Bedingungen. Zusätzlich prägen individuelle Verhaltensweisen den Lebensstil eines Menschen. Ernährung, Essverhalten, körperliche Aktivitäten, Risikoverhalten, Alkohol oder Zigarettenkonsum zählen zu diesen Faktoren. Die Gesundheit wird auch vom Sozial- und Gesundheitssystem geprägt. Wesentliche Aspekte sind hier ein barrierefreier Zugang und die Möglichkeit einer

barrierefreien Nutzung qualitativ hochwertiger und effektiver Sozial- und Gesundheitsversorgung. Zufriedenheit und Selbstverwirklichung kann der Mensch durch sein soziales Umfeld, seinen Beruf oder frei gewählte Tätigkeiten wie beispielsweise durch ein Ehrenamt, Angebote zur Entspannung und zum Stressausgleich oder auch durch die Teilnahme an Angeboten der Tagesstruktur im GeSo-Flex erleben. Unterstützende, aktivierende und partizipative Möglichkeiten erhält der Mensch im Rahmen dieses umfassenden Sozial- und Gesundheitsangebot.

Um die Gesundheit der Bewohner*innen in Orth zu erhalten bzw. einen positiven Einfluss auf deren aktive Herstellung zu gewährleisten, ergeben sich **drei Grundprinzipien und ein Fundament** für das Konzept GeSo-Flex:

20.1.1 GeSo-Medizin und Krankenpflege

Das erste Prinzip des GeSo-Flex umfasst eine allgemeinmedizinische Versorgung. Ganz im Sinne des ganzheitlichen Gesundheitsbegriffs hat diese Versorgungsstruktur den Menschen in seiner sozialen Einbettung im Fokus. Die Vernetzung mit allen wichtigen Stakeholdern in der Region schafft einen interdisziplinären Austausch und gewährleistet die Orientierung an den vorhandenen Ressourcen. Das medizinische Team besteht aus einem*r Allgemeinärzt*in und einer diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegekraft. Gemeinsam mit dem*r Sozialarbeiter*in bilden sie das GeSo-Kernteam.

Das GeSo-Medizin-Team kennt die Nutzer*innen persönlich und ist über mögliche Unterstützungsnotwendigkeiten und Versorgungslücken in der Gemeinde informiert. Bei Bedarf werden regelmäßig Hausbesuche durchgeführt. Die Gesundheits- und Krankenpflegekraft hat in diesem Rahmen die Möglichkeit, ihre Fachkompetenzen voll auszuschöpfen und ihrer Profession entsprechend, medizinische Aufgaben wie Wundversorgung, Verbands- und Katheterwechsel, Infusionen etc. durchzuführen. In den Räumen der primärmedizinischen Versorgung stehen bei Bedarf und nach dementsprechenden Kooperationen zu bestimmten Zeiten auch andere Fachärzte aus der Umgebung zur Verfügung. In Anlehnung an die Teleradiologie in Skandinavien könnten Fachärzte via Telemedizin hinzugezogen werden. Nach Verankerung in der österreichischen Gesetzgebung ist es dadurch möglich, beispielsweise Röntgenbilder von geschultem Personal vor Ort anfertigen zu lassen und zur Diagnostik an räumlich getrennte Fachärzt*innen zu senden. Nach der Befundübermittlung wird vor Ort zwischen Kernteam und Nutzer*innen die weitere Vorgehensweise beschlossen (vgl. Trill 2009:201).

Interdisziplinäre Zusammenarbeit findet in Form von Fallbesprechungen, Diskussionen und gemeinsamen Fortbildungen statt. Solche Formate können auch gemeinsam mit dem*der Patient*in durchgeführt werden. Anliegen, Wünsche oder mögliche Ängste werden in diesem Rahmen besprochen und Behandlungsmöglichkeiten diskutiert.

20.1.2 GeSo-Sozial- und Gesundheitsberatung

Die Soziale Arbeit bietet im Bereich der Beratung umfassende Sprechstunden an. Dabei sind ihre Aufgaben im Gesundheitswesen vielfältig. Sozialarbeiter*innen sind hierbei Expert*innen für die „most vulnerable humans“ (Redelsteiner 2017:13), „[...] also für jene Menschen die in ihrem lebensweltlichen Kontext am meisten sozial, psychologisch oder physisch verletzlich bzw. gefährdet sind.“ (ebd.). Im Bedarfsfall kann mittels Kooperationsvereinbarungen ein*e Jurist*in, eine Hebamme und / oder ein*e Psychologe*in zur Beratung hinzugezogen werden.

Sozialarbeiterische Begleitung als Teil der ganzheitlichen Primärversorgung

Häufig finden sich Menschen mit wiederkehrenden, chronischen Symptomen in Ärzt*innenpraxen, für die keine medizinischen Ursachen gefunden werden können. Soziale Arbeit wird im GeSo Orth als Teil der medizinischen Grundversorgung implementiert. „SozialarbeiterInnen unterstützen und motivieren PatientInnen zur Selbsthilfe, versuchen das familiäre, nachbarschaftliche und gemeindenahes Netzwerk zu stärken und beraten PatientInnen [sic!] in psychosozialen Fragen etc.“ (Redelsteiner 2017:18). Dabei grenzt sich die Soziale Arbeit bewusst vom klassischen Begriff der Versorgung ab und fokussiert sich auf die Begleitung der aktiven Herstellung bio-, psycho- und sozialer Gesundheit.

„Was Soziale Arbeit von anderen Professionen unterscheidet, ist nämlich ihr dreifacher Fokus auf die biologischen, psychischen und sozialen Systeme und Bedürfnisse von Menschen, ihr spezialisierter Generalismus.“ (Haye / Kleve 2003:117)

Sozialarbeiterische Methoden wie Case-Management und soziale Diagnostik bilden hierfür das fachliche Fundament. Soziale Diagnostik erfasst den Kontext des Problems mithilfe geeigneter Visualisierungsinstrumente und bespricht die Problemlage mit den beteiligten Personen. Gemeinsam mit den Beteiligten werden Ressourcen eruiert und Lösungs- und Bearbeitungsstrategien festgelegt. Durch die Visualisierung werden Zusammenhänge sichtbar und mögliche „Wirkungen“ und „Nebenwirkungen“ können diskutiert werden (vgl. Pantuček 2012:81). Die Zusammenarbeit unterschiedlicher Fach-

disziplinen bei komplexen Problemkonstellationen erfordert zusätzliche Koordinationsanfordernisse, die mittels der Methode Case-Management bearbeitet werden können (vgl. Monzer 2013:9). Case-Management arbeitet auf Fall-, Organisations-, Netzwerk- sowie politischer Ebene. Sie koordiniert Hilfeprozesse beispielsweise mittels Helfer*innenkonferenzen und stellt Bezüge zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen her.

„Dadurch wird die Treffsicherheit der Hilfe verbessert, menschliche Umwege (=Leiden) und Kosten werden reduziert. Im Sozialmedizinischen Zentrum Graz Liebenau und in Enns sind SozialarbeiterInnen fixer und bewährter Teil des Primärversorgungsteams.“ (Redelsteiner 2017:18)

Die Fachkraft für Soziale Arbeit arbeitet eng mit der Gesundheits- und Krankenpflegekraft und mit dem*der Ärzt*in zusammen. Sie ist Teil des bereits genannten Kernteams von GeSo Flex. Um eine lebenswelt- und bedürfnisorientierte Hilfe für die Nutzer*innen zu ermöglichen, ist der interdisziplinäre Austausch und die Zusammenarbeit aller Akteur*innen des Zentrums unabdingbar (vgl. Pantuček 1998:90).

Sozialarbeiterische Beratung, Prävention und Gesundheitsförderung

In wöchentlichen offenen Sprechstunden und bei Bedarf mittels Hausbesuch versuchen der*die Sozialarbeiter*in Belange und Fragen der Bürger*innen aufzunehmen und gemeinsam mit ihnen zu bearbeiten und zu klären. Damit kann auf Bedarfe, die im Forschungsprozess sichtbar wurden, eingegangen werden.

Im Zuge des Bürger*innen-Cafés wurde der Wunsch nach einer „Beratungs-, Begleitungs-, und Aufarbeitungsstelle“ in Trauerfällen genannt (vgl. B5 2017: 2; B6 2017: 4). Außerdem wurde die Notwendigkeit der Unterstützung pflegender Angehöriger in Aussagen wie „[e]in besonderes Anliegen sind ihr pflegende Angehörige, die z.B. einmal Unterstützung brauchen, um Termine in Ruhe wahrnehmen zu können oder um soziale Kontakte zu pflegen“ (B4 2017: 1) deutlich. Unterstützung, Begleitung und Beratung im Hinblick auf den Umgang mit demenzerkrankten Menschen ist notwendig. Der Bedarf einer aufsuchenden und niederschweligen Sozialberatung wurde häufig im Forschungsprozess genannt. „Es soll aufsuchende Angebote für jene geben, die nicht ins Zentrum kommen können, wie z.B. pflegende Angehörige“ (D2 2017: 2).

Seitens der Bürger*innen besteht der Wunsch nach Gemeindesozialarbeit. Ein Treffpunkt für alle, ein inklusives Angebot, sowie eine niederschwellige Begleitung werden gefordert. Die Erwartungstendenz der Bürger*innen entwickelte sich, entgegen unseren Vorannahmen, weg von rein medizinischen Aspekten hin zu einem

ganzheitlichen Gesundheitsverständnis, welches körperliches und soziales Wohlbefinden verbindet. Konkrete Vorstellungen in Richtung Gemeinwesenzentrum wurden von Bürger*innen der Marktgemeinde Orth an der Donau geäußert (vgl. A1 2018: W18).

Die Mitarbeitenden des Beratungsteams kennen sich in der Region aus, haben Ansprechpartner*innen in den Vereinen, den Organisationen und weiteren sozialen Institutionen. Bereits vorhandene Strukturen in der Gemeinde werden im GeSo-Flex gesammelt, gebündelt und vernetzt. Anhand einer Art Soziallandkarte im Eingangsbereich oder auch Online, können sich die Bürger*innen auch selbstständig einen Überblick über die Möglichkeiten in und um Orth verschaffen.

Gesundheitsförderung und Prävention beschäftigt die Soziale Arbeit im GeSo-Flex auf allen Ebenen.

Im Bereich der **Primärprävention**, wenn noch keine Erkrankung oder Schädigung besteht, unterstützt die Soziale Arbeit im GeSo-Flex:

- beispielsweise durch Gemeinwesenarbeit, frühe Hilfen für Familien, Unterstützung pflegender Angehöriger
- kommunale Gesundheitsförderung in Form von frühzeitiger Beratung und Anregungen zu einem gesunden Lebensstil mittels ausreichender Bewegung und gesunder Ernährung etc.

Die **Sekundärprävention** richtet sich an gefährdete Bevölkerungsgruppen: Die Soziale Arbeit im GeSo-Flex klärt Menschen auf und unterstützt diese aus nicht medizinischer Perspektive, Vorsorgemaßnahmen in Anspruch zu nehmen. Das beinhaltet medizinische, aber auch sozialarbeiterische Maßnahmen wie

- z.B. regelmäßige Untersuchungen bei chronischen Erkrankungen Blutsverwandter, die Verknüpfung zu anderen Einrichtungen Sozialer Arbeit wie Schuldner*innenberatung oder Kinder- und Jugendhilfe zur Unterstützung im Bereich Pflege und Erziehung etc.

Im Bereich der **Tertiärprävention** unterstützt die Soziale Arbeit des GeSo-Flex Menschen mit bereits bestehenden „manifesten“ Erkrankungen und Problemen.

Sie versucht Folgeschäden zu vermeiden und abzumildern, um ein selbstständiges Leben trotz Einschränkungen zu erhalten. Die permanente Präsenz der Sozialarbeiter*innen im GeSo-Flex und die Zusammenarbeit mit der*dem Allgemeinmediziner*in, ermöglicht eine niederschwellige Begleitung. Auf dieser Ebene unterstützt die Soziale Arbeit im GeSo-Flex Menschen mit chronischen Krankheiten oder Menschen mit Suchterkrankungen bei allen Belangen:

- z.B. Unterstützung bei Ärzt*innenbesuchen, der Vermeidung des Verlustes eines Arbeitsplatzes, oder auch Familien deren Kinder fremduntergebracht sind etc. (vgl. Redelsteiner 2017:13-14).

20.1.3 GeSo-Tag und partizipative Gemeindefarbeit

Mittels partizipativer Erhebungsmethoden wie dem Bürger*innen-Rat und dem Bürger*innen-Café konnten sehr genaue Bedarfe und Vorstellungen der Orther Bevölkerung von ihrem Gemeinwesenzentrum mit integrierter Primärversorgung erhoben werden. Die Methoden Bürger*innen-Rat und Bürger*innen-Café

„ermöglichen es Menschen, rasch und einfach mitzureden und mitzugestalten. Inhaltlich beschäftigen sich Bürger*innen-Räte mit der Entwicklung in der Gemeinde oder der Region. Die Themen können sehr vielfältig sein und reichen von allgemeinen Visionen für die Zukunft bis zu konkreten Fragestellungen.“ (Presser 2018:273).

Ein Foyer oder Gemeinschaftsraum könnte beispielsweise wie folgt aussehen: Ein offener, heller Raum, gemütliche Sitzgelegenheiten, die nach Lust, Laune und Bedarf verschoben werden können, ein Regal mit Gesellschaftsspielen, eine Kaffeemaschine und ein Wasserkocher stehen auf einer Küchenzeile, alles darf und soll benutzt werden.

„Man fühlt sich dort so wohl, dass man auch ohne medizinische Nöte hingeht. Es gibt eine Wartezone ohne Krankenhausatmosphäre, sondern eine die zum Entspannen einlädt, z.B. mit Massagesesseln, Chill-Sofas. Die Wartezone ist vom Cafe getrennt, damit kein Zwang entstehe, etwas zu konsumieren.“ (B1 2017: 2)

Ein*e Jugendliche*r macht im Gemeinschaftsraum Hausaufgaben, während er*sie auf seine Mutter wartet, daneben sitzen ein paar Menschen zusammen und diskutieren, wo demnächst eine Wohnung frei wird. So in etwa könnte der GeSo-Flex-Treffpunkt aussehen. Wer hier arbeitet und wer lediglich zu Besuch ist, ist auf den ersten Blick nicht zu erkennen. Dennoch bieten professionelle Ansprechpartner*innen niederschwellig Beratung an. Niederschwelligkeit bedeutet hier, dass kein Beratungstermin vereinbart werden muss. Im Zuge eines unverbindlichen Austausches im Café, Foyer, Gemeinschaftsraum, Garten etc. findet der für eine vertrauensvolle Beratung, Hilfeplanung und Intervention notwendige Beziehungsaufbau und Austausch statt.

Die deutsche Sozialarbeiterin, Sozialarbeitswissenschaftlerin und Psychotherapeutin Silke Brigitta Gahleitner (2017) fasst folgende Voraussetzungen für eine professionelle Beziehungsgestaltung zusammen:

- Eine „authentische, emotional tragfähige, persönlich geprägte und dennoch reflexiv und fachlich durchdrungene Beziehungsgestaltung“ (Gahleitner 2017:287) auf Basis des diagnostischen Fallverstehens.

- Vertrauensaufbau durch eine „bindungssensible Nähe-Distanz-Regulierung“ (ebd.: 287) innerhalb der Zweierbeziehung (Dyade).
- Nutzung des Veränderungspotentials durch Beziehungsprozesse im familiären (primären), lebensweltlichen (sekundären) und professionellen (tertiären) Netzwerkgefüge.
- Ausweitung des Beziehungsgeschehens auf die psychosoziale, tertiäre, strukturelle sowie institutionelle Ebene „damit die bindungsstarken dyadischen Ausgangsbeziehungen in das Umgebungs- und Institutionsnetzwerk hineinwirken können“ (ebd.:287).
- „Gelingt es die Qualität persönlich tragfähiger Beziehungsprozesse auf diesem Weg in sekundäre und auch tertiäre Netzwerke einfließen zu lassen und ein vertrauensvolles, professionelles „Umgebungsmilieu“ zu entwickeln, spannt sich ein umfassendes Wirkungsspektrum auf, welches wiederum auf das Individuum zurück wirkt und eine tragfähige, zukunftsstabile Basis für das spätere Leben und dortige Beziehungs- und Netzwerkkonstellationen bereitstellt. In diesem Kontext lässt sich auch die Abschiedssequenz angemessen gestalten.“ (ebd.:287)

Das GeSo-Tag-Team besteht aus professionellen Mitarbeiter*innen des Sozial- und Gesundheitsberatungsteams und ehrenamtlichen Helfer*innen. Gemeinsam mit den Bürger*innen, Netzwerk- und Kooperationspartner*innen organisiert das GeSo-Tag-Team regelmäßig stattfindende Präventionsangebote wie Vorträge, Bewegungsangebote, Kochabende etc.. Verschiedene Kunst- und Kreativangebote oder Lehrangebote (z.B. Sprachkurse) finden im GeSo-Treff ebenso Platz wie die Vereine und Jugendgruppen der Gemeinde.

Regelmäßig sind die sozialarbeiterischen Fachkräfte im Ort unterwegs und suchen Kontakt zu den Bewohner*innen der Gemeinde. Sie kümmern sich um spezielle Anliegen der Orther Bevölkerung und bieten Unterstützung zum gelingenden Zusammenleben aller. Die Sozialarbeiter*innen unterstützen bei Konflikten, bei der Gestaltung der Umgebung oder auch beim Organisieren von Festen oder Treffen in der Nachbarschaft.

Wöchentlich findet ein gemeinsamer Mittagstisch der Ehrenamtlichen mit dem GeSo-Tag-Team statt. Gegen einen geringen Unkostenbeitrag wird gemeinsam gekocht und gegessen.

Der **GeSo-Garten** bietet eine niederschwellige Möglichkeit, vorhandenes generationenübergreifendes Alltagswissen als Ressource einzusetzen. Dem Menschen wird in seinen „materiellen, sozialen und symbolischen Strukturen der Lebenswelt, in denen er sich immer schon vorfindet“ (Brückner / Thiersch 2005:142) begegnet. Alltagswissen oder

der Wunsch nach Wissensaufbau um das Thema Gartenarbeit wird zum Auf- und Ausbau sozialer Netzwerke und einer Beratungsbeziehung eingesetzt. Dabei wird auf der sogenannten sekundären Netzwerkebene das Gemeinschaftsgefühl gestärkt und eine höhere Netzwerkdichte erzielt. Dazu zählen, „keine Personen, sondern (selbst-)organisierte soziale Gebilde wie Vereine, Selbsthilfegruppen [...] Freizeiteinrichtungen oder Arbeitsstellen an denen eine Partizipation möglich ist“ (Bruns 2012:101-102). Das Strukturmaß der Dichte sozialer Netzwerke kann eine Aussage „über die Verfügbarkeit und die Verbreitung von sozialer Unterstützung“ (ebd.:170) treffen.

In Anlehnung an das Bromley by Bow-Zentrum in London (vgl. Abbildung) wird der GeSo-Garten als gemeinschaftliches Projekt betrieben. Dabei steht Zusammenarbeit und das Gärtnern in Gemeinschaft im Fokus. Die Ressource „Wissen über Nutzung und Pflege eines Gartens der ländlichen Bevölkerung“ wird aufgegriffen und im Gemeinschaftsprojekt angewandt. Ein niederschwelliger, generationsübergreifender Austausch kann mit Hilfe der Thematik Garten erfolgen. Hochbeete, Wiesen, Blumenbeete etc. sind jederzeit für alle zugänglich und können auch selbstständig umsorgt werden. Als partizipatives Projekt wird dieser Garten gemeinsam mit dem GeSo-Tag-Team gewartet und den Bedürfnissen der Bevölkerung angepasst. Feste, Veranstaltungen, Vorträge, aber auch Beratungsgespräche finden hier ihren Platz.



Abbildung 38: Bromley by Bow Garten Quelle: eigene Fotografien Bromley by Bow 2017

Auf Wunsch der Bevölkerung sollte der GeSo-Treff auch eine GeSo-Tag-Gruppe beinhalten. Eine niederschwellige Tagesstruktur mit unterschiedlichen Angeboten wird gemeinsam mit den Teilnehmer*innen entwickelt, beispielsweise Kreativworkshops, Bewegungsvormittage, Gartenprojekte etc. (vgl. B5 2017: 2; A1 2018: Zelle U23). Dieses Angebot wird partizipativ entwickelt und kann bei Bedarf und Notwendigkeit bis zu täglich geführt werden. Es richtet sich an alle Personen von 0 bis 100 (und darüber hinaus) und

nach den Bedürfnissen der Teilnehmer*innen. Menschen mit Pflegebedarf sind mit ihrer persönlichen Assistenz jederzeit willkommen. GeSo-Tag ist keine Pflege-/ Betreuungseinrichtung, sondern eine niederschwellige, tagesstrukturierende Maßnahme für alle Personen, vom Kleinstkind bis zur*um Greis*in. Mütter / Väter mit kleinen Kindern, Pensionist*innen, Menschen, die aufgrund einer Erkrankung gerade nicht berufstätig sind, Menschen auf Bewährung, Menschen mit psychischer Erkrankung, Menschen mit Behinderung, Menschen mit viel Freizeit usw. – sprich, jede*r hat im GeSo-Tag die Möglichkeit teilzunehmen, mitzuarbeiten und sich einzubringen. Sämtliche Bewohner*innen einer eventuell vorhandenen inklusiven Wohnform sind willkommen. Inklusives Wohnen bedeutet, dass junge Familien mit Kindern, Jugendliche, Menschen jeden Alters, alleinlebende Personen, Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen etc. in einer Wohnform zusammenleben und einander gegenseitig unterstützen.

20.1.4 Das Fundament des GeSo-Flex: Evaluation und Qualitätssicherung

Eine begleitende Evaluation und Qualitätssicherung des Projekts ist für eine gelingende Umsetzung und die nachhaltige Verankerung in der Gemeinde von hoher Bedeutung. Das Angebot im GeSo-Flex kann somit permanent auf Anforderungen reagieren und unter Beteiligung der Bevölkerung adaptiert und erweitert werden. Leistungen können abgeändert und angepasst werden. Diese wissenschaftliche Begleitung bildet das Fundament des GeSo-Flex und gewährleistet ein verbessertes Handlungswissen für Entscheidungen in der Praxis (vgl. Merchel 2010:13). Durch Möglichkeiten der Mitgestaltung und Partizipation kann eine höhere Zufriedenheit und verstärkte Nutzung seitens der Bevölkerung erzielt werden.

Eine nähere Auseinandersetzung mit dem Begriff der Evaluation ist in Kapitel 10 zu finden.

20.1.5 Personal

Zum GeSo-Flex Kernteam zählen ein*eine Ärzt*in, eine diplomierte Krankenpflegekraft und zwei Sozialarbeiter*innen. Bei der Auswahl und Anstellung des Personals sollen nach Möglichkeit die erfahrenen Terminkoordinator*innen und die physikalischen Therapeut*innen der bestehenden Hausarztpraxis übernommen werden. Das Wissen über Anforderungen und Notwendigkeiten der Bürger*innen, welches über Jahre angesammelt wurde, erleichtert eine gute, vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen

Bürger*innen und dem GeSo-Flex-Team. Im Folgenden werden die Anforderungen und die Aufgaben der im GeSo-Flex angestellten Fachkräfte kurz zusammengefasst:

Profession	Stellenumfang	Tätigkeiten
Sozialarbeiter*innen	2 VZ-Stellen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sozialarbeiterische Primärversorgung ■ Gemeinwesenarbeit ■ Soziale Diagnostik ■ Casemanagement ■ Krisenintervention ■ Einzelfallberatung ■ Beratung von Familien und Gruppen ■ Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit ■ Mitarbeit im GeSoTag ■ Koordination von und Teilnahme an Teambesprechungen, Helfer*innenkonferenzen und Fallbesprechungen ■ Betreuung des Gemeinschaftsgartens ■ Präsenz in den allgemeinen GeSo- Räumlichkeiten
Allgemeinärzt*in inkl. Hausapotheke	1 Planstelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Medizinische Primärversorgung ■ Interdisziplinäre Zusammenarbeit (auch via Telemedizin) ■ Bereitschaft zur intensiven Zusammenarbeit mit dipl. Gesundheits- und Krankenpflegekraft im medizinischen Bereich ■ Mobilität, Bereitschaft für Hausbesuche ■ Teilnahme an Helfer*innenkonferenzen, Fallbesprechungen und Teamsitzungen
Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegekraft	1 VZ-Stelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit mit allen Akteur*innen des GeSo ■ Diagnostik, Planung, Organisation, Durchführung, Kontrolle und Evaluation pflegerischer Maßnahmen ■ Vorbereitung und Verabreichung von Injektionen und Infusionen ■ Blutabnahme ■ Verbandswechsel, Wundversorgung, Nachkontrollen ■ Katheter wechseln ■ Pulskontrolle, Blutdruckmessen ■ Bereitschaft zur Weiterbildung und Tätigkeit in der gemeindenahen Gesundheitsversorgung ■ Mobilität, Bereitschaft für Hausbesuche ■ Anleitung pflegender Angehöriger im Bereich der Pflege

		<ul style="list-style-type: none"> ■ Teilnahme an Helfer*innenkonferenzen, Fallbesprechungen und Teamsitzungen
Koordinationsfachkräfte	2 TZ-Stellen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ordinationsassistenz und Terminkoordination des GeSo-Kernteam ■ Abwicklung der bürokratischen Aufgaben ■ Gute EDV Kenntnisse ■ Mitarbeit in einem interdisziplinären Fachteam ■ Betreuung der Hausapotheke
Physikalische Therapeut*in	1 VZ-Stelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit ■ Mobilität, Bereitschaft für Hausbesuche ■ Massagen ■ Strom- und Ultraschalltherapien ■ Teilnahme an Helfer*innenkonferenzen, Fallbesprechungen und Teamsitzungen (bei Bedarf)
Facility-Manager*in	2 TZ-Stellen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reinigungs- und Instandhaltungsarbeiten ■ anfallende Hauswäsche

Tabelle 35: Personal GeSo-Flex; Quelle: eigene Darstellung

Weitere Fachkräfte, die auf Kooperationsbasis das GeSo-Team regelmäßig oder in Bedarfsfällen ergänzen und unterstützen sind: Hebamme, Jurist*in, Psycholog*in, Physiotherapeut*in, Ergotherapeut*in, Logopäd*in, Diätolog*in / Ernährungswissenschaftler*in, Pädagoge*in usw.

20.2 Rahmenbedingungen

Damit die beschriebenen Leistungen erbracht und die Leistungserbringer*innen in einem GeSo-Flex gut zusammenarbeiten können, braucht es einen bestimmten Rahmen. Folgende zentralen Ergebnisse der Forschungstätigkeit bilden die grundlegenden Bedingungen zur Ermöglichung des Leistungsangebotes unseres Konzepts eines GeSo Flex.

20.2.1 Inklusion

Inklusion und Barrierefreiheit sind zentrale Kernprinzipien des Konzepts GeSo-Flex. Die Einrichtung setzt sich zum Ziel, passende Angebote und Möglichkeiten für alle Menschen in und um Orth an der Donau zu bieten. Sie soll allen Menschen die Nutzung und Mitgestaltung ihrer Einrichtung ermöglichen. „Wichtig, dass es für jeden zugänglich

ist, wenn schon Steuergeld von allen genommen wird“ (T18 2017: Zeile 23). Unter dem Begriff der sozialen Inklusion wird „[...] die Möglichkeit der Nutzung und Mitgestaltung der gesellschaftlichen und sozialen Prozesse, wie jene der Produktion, Reproduktion, Kommunikation und Rekreation als Grundlage für eine selbstbestimmte Lebensführung“ (Ilse Arlt Institut 2013) verstanden.

Eine barrierefreie Umwelt von Menschen soll so gestaltet sein, dass sie die Bedürfnisse aller berücksichtigt. Keine Personengruppe soll aufgrund der Gestaltung, Ausführung oder Zugangsweise von der Nutzung ausgeschlossen werden (vgl. Bundeskompetenzzentrum Barrierefreiheit o.A.). In diesem Sinne möchte das Konzept GeSo-Flex einen inklusiven und gleichberechtigten Zugang aller zu sämtlichen Angeboten und Möglichkeiten im GeSo gewährleisten.

20.2.2 Zentrale Ansprechstelle

Das GeSo-Flex möchte dem Wunsch der Orther Bevölkerung nach einer zentralen „[...] Ansprechstelle zur Auskunft, Information und Koordination, auch für externe Angebote“ (B2 2017: 3) entsprechen und somit umfassende Informationen und Orientierung im Sozialraum Gemeinde bieten. „Jemand an den sich jede*r hinwenden kann. Diese Position soll aber nicht nur über das Angebot im GeSo informieren können, sondern auch über das externe Angebot in Orth und Umgebung.“ (B2 2017: 3) Dies beinhaltet eine Bündelung der bestehenden Ressourcen und professionelles Verweisungswissen zu Netzwerken in der Umgebung. „Es braucht eine Stelle / Ansprechpartner wo man so etwas organisieren könnte“. (B6 2017: 2) Die Sozialarbeiter*innen und die Koordinationsfachkräfte stehen während der Öffnungszeiten der GeSo-Flex für Information, Koordination und Austausch zur Verfügung.

20.2.3 Zentrale Lage und gute Erreichbarkeit

Für die Bevölkerung ist eine gute Erreichbarkeit des GeSo von zentraler Bedeutung. „Örtlich – wo dann von allen Seiten der geringste Weg ist. Das wäre natürlich optimal.“ (T12 2017: Zeile 24) „Es müsste zentral und leicht erreichbar sein [...]“ (T13 2017: Zeile 24). Ein Gebäude im Ortskern mit ausreichend Parkmöglichkeiten (ausreichend Behinderten- und Familienparkplätzen), einem überdachten Fahrradabstellplatz, und Anbindung an den öffentlichen Verkehr (Bushaltestelle beim / vor dem Zentrum) sind notwendig. Zusätzlich möchte dieses Konzept die Erreichbarkeit von Angeboten nicht mobiler oder mobilitätseingeschränkter Bewohner*innen explizit in den Fokus rücken.

Aufsuchende Tätigkeit der Professionist*innen, Teilnahme an Angeboten mittels technischer Hilfe z.B. Skype oder speziellen Vorkehrungen vor Ort sollen eine möglichst allumfassende Partizipation, d.h. Möglichkeiten der Beteiligung und Mitgestaltung der Bevölkerung, eröffnen. Die Öffnungszeiten des GeSo-Tag sind in der Kernzeit von Montag bis Freitag von 8:00 bis 18:00 Uhr angedacht. Eine Nutzung unterschiedlicher Räumlichkeiten oder des Gartens ist über diese Kernzeiten hinaus in Absprache mit den Verantwortlichen möglich. Die GeSo-Medizin und Krankenpflege sowie die GeSo-Sozialberatung sind ebenfalls Montag bis Freitag an mindestens zwei Nachmittagen und drei Vormittagen geöffnet, dazu kommt eine Abendsprechstunde (bis 20:00 Uhr). Der kassenärztliche Nachtbereitschafts-, Wochenend- und Feiertagsdienst gewährleistet die medizinische Versorgung an den genannten Tagen von 7:00 bis 19:00 Uhr. Zusätzlich erhalten die Bürger*innen schnell und unbürokratisch eine Beratung über die „Gesundheitsnummer 1450“. Hier „[...] erhalten Sie am Telefon Empfehlungen, was Sie am besten tun können, wenn Ihnen Ihre Gesundheit oder die Ihrer Lieben plötzlich Sorgen bereitet. Sie erhalten Auskunft über die Dringlichkeit Ihres Anliegen und eine medizinisch validierte Behandlungsempfehlung“ (Die Gesundheitsnummer 2018).

20.2.4 Ansprechende und flexible Architektur

Der Orther Bevölkerung ist eine angenehme Innen- und Außenarchitektur sehr wichtig. „Architektur und Einrichtung kommen bei der Schaffung einer Wohlfühlatmosphäre im GeSo Orth eine besondere Bedeutung zu.“ (D2 2017:6) Diese sollte einladend, flexibel und gemeinschaftsfördernd sein. Die flexible Architektur bietet bewegliche Trennwände, multifunktionale Steh- Sitz- und Liegemöglichkeiten und kann bei zusätzlichem Bedarf erweitert werden. So wird eine umfassende, situationsentsprechende, auslastende Nutzung der Räume und ein natürliches Wachstum des GeSo-Flex ermöglicht.

Eine sogenannte Wohlfühlatmosphäre entsteht durch eine partizipative Gestaltung des Zentrums. Raumdekoration, Gartengestaltung / -nutzung usw. sollen deshalb mittels Teilnahme der Bevölkerung entstehen (z.B. im GeSo-Tag). „Unbedingt sollten routinierte Professionisten [sic!] aus dem Sozialbereich in die architektonische Planung miteinbezogen werden!“ (T5 o.A: Zeile 23), und die Orther*innen wünschen sich „Ruheinseln auf denen Entspannung erlebt werden kann, [...]“ (T3 2017: Zeile 23).

„Architektur ist diejenige Kunst, die traditionell am stärksten mit dem umfassenden Anspruch belegt wird, das Glück des Einzelnen herzustellen. Zudem wird ihr zugetraut, die glückliche Verfasstheit ganzer Gemeinschaften zu befördern oder sogar zu generieren. Schließlich betrachten Architekturtheoretiker sie häufig [...] auch als Mittel, eine glückliche Balance zwischen dem Streben des Einzelnen und den Ansprüchen des Kollektivs herzustellen.“ (Dauss 2011:421)

Einen guten Einblick in eine gelungene, partizipativ entstandene, architektonische Umsetzung eines Gemeinwesenzzentrums mit integrierter Gesundheitsversorgung, liefert das Best-Practice-Beispiel des *Bromley by Bow Centres im Londoner East End* (siehe Kapitel 9.2.2).



Abbildung 39: Architektur Bromley by Bow, Quelle: eigene Fotografien Bromley by Bow 2017

Ein weiteres zentrales Anliegen der Bevölkerung der Gemeinde Orth an der Donau stellt die Vermeidung möglicher stigmatisierender Wirkung der Nutzung des GeSo dar (vgl. A1 2018: Zelle W28-29). Der kanadische Soziologe Erving Goffmann betrachtet Stigma als ein Zeichen, welches dazu dient, ein Individuum zu kennzeichnen. Für eine Gruppe wird dadurch ersichtlich, dass die ein Stigma tragenden Individuen über gewisse Eigenschaften verfügen, die von der Gesellschaft als unerwünscht eingestuft werden (vgl. Goffmann 1967:9). Durch die sogenannte Stigmatisierung kommt es zur Etikettierung einzelner Personen aufgrund bestimmter persönlicher Merkmale. In weiterer Folge führt es zu Diskriminierung, einer „[...] Ungleichbehandlung, im soziologischen Sinne ungleiche, herabsetzende Behandlung anderer Menschen, nach Maßgabe bestimmter Wertvorstellungen aufgrund unreflektierter, zum Teil auch unbewusster Einstellungen, Vorurteile und Gefühlslagen“ (Hillmann 2007:155). Um im GeSo-Flex Stigmatisierung zu vermeiden, wird bereits bei der architektonischen Planung und der Vergabe von Räumlichkeiten auf Etikettierung bewusst verzichtet. Ein Vorzimmer regelt die bürokratischen Belange der Patient*innen und Klient*innen. Als Wartezimmer können

die Räumlichkeiten des GeSo-Tag sowie ein ausgewiesener Ruheraum genutzt werden. In welches Behandlungszimmer der*die Patient*in / Klient*in geht und welche Gesundheitsdienstleistung in Anspruch genommen wird, bleibt unbekannt. Deshalb wird bewusst auf eine Benennung der Räumlichkeiten wie: Ordination, Beratung usw.) verzichtet. „Bitte nicht stören“-Schilder verhindern unangebrachtes Eintreten.

20.2.5 Organisierte Vernetzung

Sämtliche Mitarbeiter*innen sind verpflichtet, an regelmäßig stattfindenden Vernetzungstreffen, Teamsitzungen, Fortbildungen und Fallbesprechungen teilzunehmen. Das Kernteam des GeSo-Flex, bestehend aus Sozialer Arbeit und medizinischem Fachpersonal, findet sich täglich zu einer kurzen Morgenbesprechung ein. Einmal wöchentlich finden Teambesprechungen statt. Regelmäßig stattfindende Supervisionen, Fortbildungen und Fachteams ermöglichen die interdisziplinäre Vernetzung und Qualitätssicherung. Bei Bedarf werden Helfer*innenkonferenzen einberufen, zu denen neben den Nutzer*innen auch weitere professionelle und informelle Helfer*innen aus dem persönlichen Umfeld der Nutzer*innen eingeladen werden können. Die Sozialarbeiter*innen pflegen regelmäßigen Kontakt zu den Netzwerken der Menschen. Hierbei wird zwischen informellen Netzwerken (Familie, Freunde, Nachbarschaft) und formellen Netzwerken (Vereinen, Gruppen, Organisationen) unterschieden (vgl. Klemperer 2015:79). Damit kann die Soziale Arbeit ein verbindendes Element zwischen primärer (Familie, Nachbarschaft, Freunde), sekundärer (Kindergarten, Schule, Arbeitsstelle, Freizeiteinrichtungen) und tertiärer Netzwerkebene (Arztpraxen, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Beratungsstellen) darstellen (vgl. Bruns 2013:100-103).

20.2.6 Partizipative Organisation

Die Organisation des Zentrums obliegt einer Gruppe aus Nutzer*innen, Mitarbeitenden, Interessierten, Ehrenamtlichen und Gemeindevertreter*innen. Alle im Gemeinwesen tätigen Personen / Institutionen / Einrichtungen treffen sich regelmäßig zu Austausch-treffen, sogenannten Sozialraumteams. Dabei werden aktuelle Entwicklungen in der Gemeinde und in der Umgebung besprochen, neue Ideen und Projekte vorgestellt und die interdisziplinäre Zusammenarbeit über das GeSo-Flex hinaus gefördert. So können mögliche sozial- oder gesundheitspezifische Problemlagen im Gemeinwesen rasch erkannt, gemeinsame Lösungsstrategien erarbeitet und Doppelstrukturen vermieden werden. In öffentlichen Sitzungen werden alle interessierten Bürger*innen dazu einge-

laden, sich an der Entwicklung ihres GeSo-Flex zu beteiligen, Entscheidungen mitzugestalten, Bedarfe zu erörtern und vielschichtige Handlungsmöglichkeiten zu schaffen. Das Besondere am GeSo-Flex Konzept ist, dass die Umsetzung bereits in sehr kleinem Rahmen möglich ist und mit den Anforderungen und Bedürfnissen der Bevölkerung mitwachsen kann.

21 Konzept „An einem Ort rundum versorgt“

Sandra Herold

21.1 Einleitung

Das nachfolgende Konzept nimmt vor allem die gesundheitliche Komponente in den Fokus und zeigt auf, wie eine umfassende Versorgung an einem zentralen Ort im ländlichen Raum sichergestellt werden kann. Es geht jedoch nicht nur um die ärztliche Versorgung, sondern es wird der Standpunkt eines erweiterten Gesundheitsbegriffes vertreten. Laut WHO (1948) ist „Gesundheit ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“ Davon inspiriert gliedert sich dieses Konzept in drei Bereiche, die jeweils gesondert behandelt werden:

- das körperliche Wohlergehen
- das geistige Wohlergehen
- das soziale Wohlergehen

Schon lange bevor die Fachhochschule St. Pölten den Auftrag erhielt, ein Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung zu konzipieren und die Bedingungen dafür zu erforschen, hatte sich der Arbeitskreis „Ärztzentrum / Rettungsdienst“ der Gemeinde Orth mit der Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgung beschäftigt. Der Bedarf einer zusätzlichen medizinischen Versorgungseinheit wurde in erster Linie an den großen Entfernungen zu den nächsten Krankenhäusern und der steigenden Bevölkerungszahl in Orth und Umgebung gemessen. Außerdem wurde durch die fachkundigen Mitarbeiter*innen des Arbeitskreises die mangelnde Versorgung am Wochenende und zu den Tagesrandzeiten aufgezeigt. Unnötige Rettungsfahrten in die Akutkrankenhäuser und nicht angezeigte Hospitalisierungen sollen unter anderem durch technische und innovative Ausstattungsmerkmale in Zukunft vermindert werden (vgl. Bauer et al. o.A.: 2-8). Im Rahmen der Datenerhebung durch die Forschungsgruppe der Fachhochschule St. Pölten wurde unter anderem festgestellt, dass die Orther*innen sich eine nahe gelegene, nachhaltige und personenunabhängige Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung wünschen (vgl. D1 2017: 2, vgl. D2 2017: 4; vgl. A1 2018: Zelle U15).

Diese Wünsche entsprechen der aktuellen Entwicklung im Bereich öffentlicher Gesundheit in Österreich. Im Zuge der Gesundheitsreform wurde die zukünftige Stärkung der Primärversorgung beschlossen (vgl. NÖ Gesundheits- und Sozialfonds 2017:4). Für die Errichtung und die erste Betriebsphase von 75 Primärversorgungseinheiten (PVE) wollen Bund, Länder und die Sozialversicherung insgesamt 200 Mio. Euro zur Verfügung stellen (vgl. Straub 2017:33). Im Zentrum dieser Reform soll das Interesse der Patient*innen an einer möglichst wohnortnahen, umfassenden primärmedizinischen Betreuung mit zeitlich optimierter Erreichbarkeit stehen, und gleichzeitig soll effizient mit vorhandenen Ressourcen umgegangen werden (vgl. ebd.:10). Die Vorgaben zur Errichtung einer PVE sind klar definiert und es gilt, Mindestanforderungen zu erfüllen. Das nachfolgende Konzept ist zwar grundsätzlich an die Beschaffenheit eines PVE angelehnt, denkt jedoch bewusst über aktuelle Vorgaben hinaus und orientiert sich an dem erhobenen Bedarf der Orther*innen.

21.2 Leistungsangebot

21.2.1 Leistungen für das körperliche Wohlergehen

Medizinische Versorgung

Die medizinische gemeindenahe Versorgung soll weiterhin durch Allgemeinmediziner*innen sichergestellt werden. Um sowohl Kern- als auch Tagesrandzeiten abzudecken sowie Krankheits- und Urlaubsvertretungen gewährleisten zu können, ist die Beschäftigung mehrerer Ärzt*innen notwendig. Laut den Expert*inneninterviews besteht ein Bedarf an Fachärzt*innen, bei denen keine Zuzahlungen zu leisten sind (vgl. T1 2017: Zeile 174). Es wäre denkbar, dass Fachärzt*innen konsularisch oder regelmäßig im GeSo Orth praktizieren und die Räumlichkeiten und die vorhandene Infrastruktur mitnutzen. Außerdem wäre es sinnvoll, dass Fachärzt*innen mittels E-Health und Telemedizin hinzugezogen werden. Um eine umfassende medizinische Versorgung an einem zentralen Ort zu gewährleisten, ist es außerdem notwendig, dass eine Apotheke verfügbar ist. Der Wunsch, auch in der Nacht und am Wochenende, parallel zum ärztlichen Notdienst und Rettungsdienst eine ärztliche Bereitschaft zu gewährleisten (vgl. T1 2017: Zeile 56) ist auf Grund fehlender finanzieller und vor allem auch personeller Ressourcen nur schwer umzusetzen. Da sich aber vielfach der Wunsch nach einer Ansprechperson, die rund um die Uhr zur Verfügung steht, herauskristallisiert hat (vgl. D2: 4; vgl. T1 2017: Zeile 169-171), werden in diesem Konzept weitere Möglichkeiten aufgezeigt.

Einsatz innovativer Technik

Das Geso Orth soll als gesundheitliches Zentrum am neuesten Stand der Technik ausgerüstet sein. Neben modernen Systemen für den administrativen Bereich sollen auch für den medizinischen Bereich technische Elemente eingesetzt werden. Denkbar wären dabei Telekonsile der Ärzt*innen mit anderen Ärzt*innen per Text, Ton, Bild oder Video oder die Abhaltung von Videosprechstunden mit Patient*innen (vgl. T1 2017: Zeile 223; vgl. Herold 2018:177) Im GeSo Orth soll es im Foyerbereich eine sogenannte Selbst-Check-Zone geben (vgl. Herold 2018:192). Diese soll im Rahmen der Öffnungszeiten für jede*n zugänglich sein. Klar verständliche Videoanleitungen sollen die Patient*innen dazu in die Lage setzen, neben Größe und Gewicht selbst Vitalparameter wie Blutdruck, Blutzucker, Puls und Sauerstoffsättigung im Blut zu bestimmen. Die erhobenen Werte können entweder der Selbstüberwachung oder dem ärztlichen Personal zur Orientierung dienen. Es wäre auch denkbar, dass die erhobenen Werte direkt in einem Patient*innen Account gespeichert werden oder unter Berücksichtigung des Datenschutzes weitervermittelt werden.

Pflegerische Versorgung

Der Einsatz von hochqualifizierten Pflegepersonal sollte im GeSo Orth eine zentrale Rolle spielen. Einerseits wird damit das ärztliche Personal entlastet (vgl. B3 2017:3), andererseits hat die Pflege-Profession der Bevölkerung ein breites Spektrum an Leistungen zu bieten; Pflegekräfte könnten auch individuelle Sprechstunden und Workshops für Patient*innen und pflegende Angehörige durchführen. Gut ausgebildetes Pflegepersonal ist dazu in der Lage zu erkennen, ob bei Patient*innen eine medizinische, soziale oder pflegerische Problemstellung vorliegt und kann auch die Dringlichkeit einer Behandlung oder Intervention abschätzen. Es wäre denkbar, dass die Pflege eine Art Triagefunktion erfüllt und somit den Behandlungsprozess einleitet und koordiniert.

Ein zentrales Anliegen der Bevölkerung ist auch die aufsuchende Arbeit in Form von Hausbesuchen (vgl. B3 2017: 3). Insbesondere bei der pflegerischen Beratung spielen das häusliche und das soziale Umfeld eine große Rolle. Dem Pflegepersonal soll es im Rahmen seiner Tätigkeit ermöglicht werden, Menschen zu Hause aufzusuchen und Beratungen durchzuführen. Sinnvoll wären auch präventive Hausbesuche bei älteren Menschen, wie sie aktuell in Finnland praktiziert werden (vgl. Herold 2018: 196), um ein gesundes Altern zu fördern und den Menschen möglichst lange ein selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Damit könnte man ältere Menschen individuell in ihrem

häuslichen Umfeld beraten und sie gezielt an passende Angebote des GeSo Orth heranführen.

Rund-um-die-Uhr-Versorgung

Wie bereits erwähnt, wird es künftig voraussichtlich kaum möglich sein, neben dem hausärztlichen Notdienst und der notärztlichen Versorgung eine reguläre ärztliche Versorgung sicherzustellen. Im Rahmen der Interviews und im Bürger*innen Café wurde jedoch deutlich, dass für die Menschen nicht unbedingt die ärztliche Rund-um-die-Uhr-Versorgung Priorität hat; vielmehr erscheint ihnen wichtig, dass es eine professionelle Ansprechperson gibt, die auch in der Nacht und am Wochenende erreichbar ist (vgl. T1 2017: Zeile 169-171). Hierfür könnte hochqualifiziertes Pflegepersonal eingesetzt werden wie zum Beispiel die an der Fachhochschule St. Pölten ausgebildeten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen (GUKP), die speziell im präklinischen Bereich geschult sind und außerdem über die Qualifikation als Rettungssanitäter*innen verfügen. Diese könnten im GeSo Orth als Bereitschaftsdienst fungieren und als zentrale Anlaufstelle dienen; vor allem dann, wenn der hausärztliche Notdienst nicht zur Verfügung steht und keine Indikation für den Rettungsdienst gegeben ist. Dazu ist es jedoch erforderlich, dass die GUKP vor Ort hinsichtlich medizinischer Qualifikation und organisatorischer Einbindungen berechtigt ist, Entscheidungen zu treffen (Stichwort Triage) und Patient*innen im Bedarfsfall an entsprechende Stellen zu überweisen. Diesbezüglich könnten auch telemedizinische Anwendungen zur Unterstützung angeboten werden (vgl. M1 2018). GUKP könnten außerdem Visiten und akute Hauskrankenpflegeeinsätze durchführen und somit eine unnötige Hospitalisierung vermeiden oder als Rettungssanitäter*innen auch als *First Responder* von Notruf 144 disponiert werden, um den Rettungsdienst zu unterstützen (vgl. M1 2018; vgl. Redelsteiner 2014: 231).

Stationärer Bereich mit Übergangsbetten

Auch wenn die Möglichkeit von Übergangsbetten in Österreich bisher weder organisatorisch noch finanziell vorgesehen ist (vgl. M1 2018), sind in anderen Ländern stationäre Bereiche standardmäßig an Primärversorgungseinheiten angegliedert. Sollte rund um die Uhr die Anwesenheit einer GUKP garantiert sein, bestünde auch im GeSo Orth die Möglichkeit, nachts Übergangsbetten für pflegerische Notfälle oder psychosoziale Notlagen bereitzustellen. Mögliche Szenarien, die solche Übergangsbetten (am Tag unter ärztlicher und nachts unter pflegerischer Anwesenheit) notwendig machen würden, wären z.B.

- Situationen, in denen jemand akut der Pflege bedarf, jedoch keine Indikation zur Hospitalisierung gegeben ist, wie z.B. ein pflegender Angehöriger ist plötzlich nicht mehr verfügbar
- Situationen, in denen Patient*innen einer längerfristigen oder engmaschigen Behandlung oder Überwachung bedürfen wie z.B. nach kleineren chirurgischen Eingriffen, die im GeSo Orth von (Fach)ärzt*innen durchgeführt werden etc.
- alle Situationen, in denen jemand von akuter Wohnungslosigkeit betroffen ist

Zusammenarbeit mit dem Rettungsdienst und ärztlichem Notdienst

Bei den im Rettungsdienst durchgeführten Einsätzen handelt es sich vorwiegend nicht um vital bedrohte Patient*innen, die einer zeitkritischen Reaktion bedürfen. Bei den meisten Patient*innen ist lediglich eine umfassende Anamnese erforderlich, um sie dann an die fachlich geeignete Ressource im Gesundheits- und Sozialsystem überzuleiten (vgl. Redelsteiner 2014: 321). Das GeSo Orth sollte eng mit dem örtlichen Rettungsdienst kooperieren und beide Systeme sollten sich gegenseitig unterstützen und entlasten. Es wäre sinnvoll, wenn der Rettungsdienst untertags das GeSo Orth mit den Patient*innen anfahren könnte, die primär eine ärztliche Intervention oder eine verbesserte Infrastruktur benötigen und nicht unbedingt hospitalisiert werden müssen. Diese Fahrten sollten mit dem Sozialversicherungsträger selbstverständlich abrechenbar sein. Sollte in der Nacht und während den Randzeiten eine Rund-um-die-Uhr-Bereitschaft durch eine qualifizierte Pflegekraft gegeben sein, könnte auch diese für pflegerische Interventionen herangezogen werden oder als *First Responder* fungieren. Außerdem sollte nicht vergessen werden, dass rund um die Uhr die Notrufnummer (144), der Ärztefunkdienst (141) und die telefonische Gesundheitsberatung (1450) zur Verfügung stehen. Das GeSo Orth sollte die Nutzer*innen über diese Nummern informieren, gleichzeitig sollte Notruf 144, als dienststellenübergreifende Leitstelle, auf die Ressourcen des GeSo Orth hinweisen (vgl. M1 2018).

Weitere Gesundheitsdienstleister*innen

Im GeSo Orth sollten sich, je nach Bedarf und Verfügbarkeit noch weitere Gesundheitsberufe wie zum Beispiel Masseur*innen, Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen, Hebammen / Geburtshelfer, Diätolog*innen, spezialisierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen usw. ansiedeln. Die Projektumweltanalyse hat gezeigt, dass es in Orth an der Donau und der Umgebung viele weitere nicht-ärztliche Gesundheitsdienstleister*innen gibt und es somit vermutlich nicht notwendig ist, neue Stellen zu schaffen. Durch gezielte Werbung und Ansprache sollen diese für eine Zusammenarbeit mit dem GeSo Orth gewonnen werden.

Die Kooperation kann auf verschiedene Weisen erfolgen und wird am Beispiel eines Physiotherapeuten dargestellt.

- Der Physiotherapeut verlegt seinen Arbeitsplatz in das GeSo Orth und wird Teil des Teams. Er verfügt dort über eigene Räumlichkeiten und ist in die internen Prozesse des Gesundheits- und Gemeinwesenzentrums eingebunden.
- Der Physiotherapeut ist zu vordefinierten Zeiten regelmäßig im Geso Orth anwesend. Er bietet zum Beispiel jeden Montag Beratungen oder Behandlungen an und nutzt dazu einen der Behandlungsräume, die eigens für externe Gesundheitsdienstleister*innen zur Verfügung stehen.
- Der Physiotherapeut arbeitet außerhalb des Geso Orth, jedoch pflegen die Mitarbeiter*innen untereinander einen regelmäßigen Kontakt. Patient*innen werden an den Physiotherapeuten überwiesen, und es findet bei Bedarf ein fachlicher Austausch statt.

Zur besseren Organisation wäre es sinnvoll, Kooperationsvereinbarungen schriftlich in einem Vertrag festzuhalten und im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit alle Kooperationspartner*innen der Bevölkerung vorzustellen.

21.2.2 Leistungen für das geistige Wohlergehen

Die Erhebungen der Forschungsgruppe haben gezeigt, dass psychisch kranke Menschen in Orth und Umgebung unzureichend versorgt sind (vgl. B3 2017: 3; vgl. A1 2017: Zelle U17). Besonders psychisch Erkrankte benötigen gemeindenahere Angebote, da es ihnen oft nicht möglich ist, eigenständig weit entfernte Beratungsangebote in Anspruch zu nehmen.

Das GeSo Orth sollte als niedrighschwellige Anlaufstelle für psychisch kranke Menschen in Orth und Umgebung dienen. Es sollte eine enge Vernetzung und ein fachlicher Austausch mit dem Psychosozialen Dienst (PSD) in Gänserndorf erfolgen. Außerdem wäre es sinnvoll, wenn der PSD im GeSo Orth eine regelmäßige Sprechstunde für Betroffene und Angehörige psychisch Kranker anbietet. Weitere Maßnahmen für die Verbesserung der psychosozialen Versorgung könnten sein:

- regelmäßige Sprechstunden eines*r Fachärzt*in für Psychiatrie
- eine enge Kooperation mit einem*r Psychotherapeut*in
- Vorträge und Workshops zum Thema psychische Gesundheit und / oder Suchterkrankungen

Leistungen für das soziale Wohlergehen

Auch wenn zu Beginn der Auftragsforschung seitens der Gemeinde Orth an der Donau scheinbar das Bedürfnis nach einer Sicherstellung der medizinischen Versorgung im Fokus stand, zeigten die Expert*inneninterviews und die partizipativen Forschungsmethoden, dass auch ein großer Bedarf an sozialer Teilhabe besteht (vgl. A1 2017: Zelle U17; vgl. D1 2017: 2; vgl. D2 2017: 7).

Hoher Stellenwert der Sozialen Arbeit

Neben dem Wunsch einer zentralen und rund um die Uhr verfügbaren Anlaufstelle (vgl. D2:4; vgl. T1 2017: Zeile 169-171) kristallisierte sich auch der Bedarf nach psychosozialer Versorgung, Bearbeitung von Multiproblemlagen und Hilfestellung bei sozialrechtlichen Angelegenheiten heraus (vgl. T1 2017: Zeile 92). Die Inklusion von Menschen mit Behinderung, älteren Menschen und Jugendlichen spielte in den Expert*inneninterviews eine große Rolle (vgl. A1 2017: U18). Die Soziale Arbeit kann nicht nur die eben genannten Anliegen bedienen, sondern tritt ebenso als enger Kooperationspartner für Behörden (Kinder- und Jugendhilfe, Sozialamt, PSD etc.) und soziale Einrichtungen auf. Damit der/die Sozialarbeiter*in flexibel agieren kann, ist es notwendig, dass er/sie Teil des Teams ist, sich jedoch auch flexibel außerhalb des Geso Orth im Sozialraum bewegen kann.

Bündelung der Informationen bzgl. sozialer Strukturen

Vor allem die Umweltanalyse und die Expert*inneninterviews haben gezeigt, dass in Orth an der Donau eine große Zahl an sozialen Organisationen und Vereinen existiert und daher nicht unbedingt die Notwendigkeit besteht, eine große Anzahl an neuen Strukturen zu schaffen. Viel wichtiger ist es, die vorhandenen Ressourcen und die vielen engagierten Bürger*innen (vgl. A1 2017: Zelle W14) zu bündeln und zu vernetzen. Das GeSo Orth Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung soll über sämtliche Angebote, Treffen und Gruppen in und rund um Orth informiert sein und diese Informationen der Bevölkerung auch gebündelt zur Verfügung stellen. Auch die Mitarbeiter*innen im GeSo Orth sollten einen Überblick haben und die Nutzer*innen auf entsprechende sinnvolle Angebote hinweisen. Vereine, Organisationen und private Personen haben außerdem die Möglichkeit, die Räumlichkeiten des GeSo Orths zu nutzen, um dort z.B. Kurse zu initiieren oder Vorträge zu halten.

GeSo-Café

Im Rahmen der Forschung wurde vielfach das Anliegen nach einer zentralen Begegnungsstätte und Anlaufstelle für verschiedenste Bedürfnisse thematisiert. Daraus resultiert, dass das GeSo Orth nicht nur als Gesundheitszentrum, sondern auch als Gemeinwesenzentrum fungieren soll. Vielfach wurde der Wunsch nach einem günstigen gastronomischen Angebot während der Öffnungszeiten laut, welches auch dazu einlädt, das GeSo Orth ohne gesundheitliche Anliegen zu besuchen (vgl. A1 2017: Zelle U21; D2 2017: 5,7). Die Anforderungen gehen dahin, dass es einen günstigen und gesunden Mittagstisch gibt, den vor allem alleinstehende ältere Menschen gerne annehmen, aber gleichzeitig auch eine offene und nette Atmosphäre ohne Konsumzwang herrscht, die nicht mit den vorhandenen örtlichen gastronomischen Angeboten konkurriert. Das gastronomische Angebot im GeSo Orth könnte im Rahmen einer kommunalen Beschäftigungsmaßnahme für Menschen, die nicht am ersten Arbeitsmarkt tätig sein können wie z.B. Menschen mit Behinderung konzipiert werden. Die verarbeiteten Produkte sollten regional bezogen werden.

21.3 Rahmenbedingungen

Das GeSo Orth soll sich im Sinne einer „lernenden Organisation“ aktuellen Bedürfnissen der Bevölkerung anpassen und sollte auch nach seiner Fertigstellung einer ständigen Veränderung und Verbesserung unterworfen sein. Im Anschluss erfolgt eine Empfehlung für die erste Errichtung des GeSo Orth.

21.3.1 Personelle Ausstattung

Wie bereits erwähnt, sollen vor oder noch nach Eröffnung des GeSo Orth Kooperationspartner*innen gesucht werden, die Interesse an einer Mitarbeit oder zumindest an einer Vernetzung bekunden. Folgendes Personal sollte jedoch von Beginn an vertreten sein.

Profession	Stellenumfang	Tätigkeiten
Zentrums Manager*in	mind. 1 TZ-Stelle; ggf. Abtretung einzelner Bereiche an externe Stellen	<ul style="list-style-type: none">■ Organisation■ Vertretung nach außen■ Personalmanagement■ Kooperationsverträge■ Öffentlichkeitsarbeit■ Management■ Verrechnung■ Qualitätsmanagement

<p>Allgemeinmediziner*innen, idealerweise mit Zusatzqualifikationen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Versorgung von Kindern und Jugendlichen <small>[SEP]</small> ■ Versorgung älterer Personen ■ Medikationsmanagement <small>[SEP]</small> ■ Gesundheitsförderung und Prävention <small>[SEP]</small> ■ Psychosoziale Versorgung <small>[SEP]</small> ■ Versorgung von Palliativpatienten <small>[SEP]</small> ■ Notfallmedizin 	<p>mind. 2 VZ-Stellen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ ärztliche Tätigkeit ■ Mitarbeit hausärztlichen Notdienst ■ Teilnahme an Team- und Fallbesprechungen ■ Vernetzung ■ Lehrtätigkeit ■ Tätigkeiten in der Gesundheitsförderung ■ Hausbesuche
<p>Fachärzt*innen</p>	<p>zumindest regelmäßige Sprechstunden</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ ärztliche Tätigkeit; weiteres nach Verfügbarkeit
<p>Gesundheits- und Krankenpfleger*innen</p>	<p>mind. 5 VZ-Stellen bei 24/7 Erreichbarkeit, ansonsten mind. 2 VZ-Stellen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Unterstützung der Ärzt*innen ■ eigenverantwortliche Tätigkeiten ■ Wundversorgung ■ Hausbesuche ■ Beratung ■ ggf. Triagierung
<p>Ordinationsassistent*innen</p>	<p>mind. 3 VZ-Stellen</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Rezeption ■ Unterstützung der Ärzt*innen ■ Patient*innenmanagement ■ Koordinierung ■ Patient*innenservice
<p>Sozialarbeiter*in</p>	<p>1 VZ-Stelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Beratung ■ Hilfe bei sozialrechtlichen Angelegenheiten ■ Vernetzung ■ Hausbesuche ■ psychosoziale Versorgung ■ Bearbeitung von Multiproblemlagen ■ Casemanagement
<p>Facility Management</p>	<p>1 VZ-Stelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reinigung ■ Instandhaltung
<p>Gastronomiepersonal</p>	<p>mind. 2 VZ-Stellen; zusätzlich ggf. Mitarbeiter*innen mit Handicap</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Betrieb des gastronomischen Angebots

Tabelle 36: Personelle Ausstattung Konzept D; Quelle: eigene Darstellung

21.3.2 Interprofessionelle Zusammenarbeit

Da im GeSo Orth verschiedene Fachkräfte aus verschiedenen Disziplinen tätig sind, ist es notwendig, dass jede Berufsgruppe über ein klares Aufgaben- und Leistungsportfolio verfügt, damit bezüglich der jeweiligen Fähigkeiten Transparenz gegeben ist. Gleichzeitig ist es auch für die Nutzer*innen wichtig zu wissen, für welche Problemstellung welche Mitarbeiter*innen zuständig sind. Die Zusammenarbeit sollte durch regelmäßige Teambesprechungen strukturiert sein und es sollte auch die Möglichkeit bestehen, Fallbesprechungen und Hilfeplankonferenzen einzuberufen, wo gegebenenfalls auch externe Kooperationspartner*innen hinzugezogen werden. Außerdem ist es notwendig, den Mitarbeiter*innen regelmäßige Einzel- und / oder Teamsupervisionen anzubieten. Eine Frage, die unbedingt zu klären ist, ist jene, wer im GeSo Orth für die Fallführung verantwortlich ist und die Menschen den jeweiligen Mitarbeiter*innen zuteilt und als *Gatekeeper* fungiert bzw. die Frage, ob es so ein System überhaupt braucht.

21.3.3 Architektur, Räumlichkeit und Ausstattung

Die Architektur des GeSo Orth soll modern und innovativ sein. Da sich die erforderliche Größe im Laufe der Zeit ändern könnte (Bevölkerungsanstieg, Veränderung der Bedürfnisse etc.), ist es wichtig, über die Möglichkeit zu verfügen, das Zentrum zu verändern und gegebenenfalls zu erweitern. Die Räume sind selbstverständlich barrierefrei, hell gestaltet, mit technischen Details bestückt, und das Mobiliar ist multifunktionell. Zwar sind den Mitgliedern des Kernteams des Zentrums Räumlichkeiten zugewiesen, doch stehen für Kooperationspartner*innen notwendig noch weitere Räume zur Verfügung, die individuell genutzt und gebucht werden können. Im gesamten Bereich ist WLAN kostenlos verfügbar. Rund um das GeSo Orth befindet sich ein Garten mit Sitzgelegenheiten. Im Foyerbereich erwartet die Nutzer*innen ein moderner elektronischer Infopoint mit Multifunktionsscreen, der über aktuelle Angebote, Wochenübersichten, Anwesenheiten der Mitarbeiter*innen usw. informiert. Außerdem gibt es eine Rezeption, die von Ordinationsassistent*innen betreut wird und bei der man sich anmelden oder über Angebote informieren kann. Es gibt zwar einen offenen Wartebereich, jedoch kann man die Wartezeit auch im angeschlossenen GeSo Café verbringen, wo es Tische zur Arbeit an Laptop oder Gesellschaftsspiele gibt. Auch eine Kinderspielecke sollte vorhanden sein.

21.3.4 Erreichbarkeit, Lage und Öffnungszeiten

Das GeSo Orth soll in zentraler Lage, unmittelbar in der Nähe der Feuerwehr errichtet werden. Außerdem sind die Räumlichkeiten des Rettungsdiensts direkt angeschlossen. Der Weg zum GeSo Orth ist barrierefrei gestaltet und eine Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel ist garantiert. Außerdem existieren ausreichend Parkplätze und man kann vor dem GeSo Orth auch sein Elektroauto aufladen. Die Kernöffnungszeiten des GeSo Orth erstrecken sich von 7:00 bis 17:00 Uhr, an zwei Wochentagen ist es bis 20:00 Uhr geöffnet. Zu diesen Zeiten sollte auch eine ärztliche Anwesenheit gegeben sein. Eine von einer Pflegekraft bestrittene Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit sollte jedoch angestrebt werden. Neben den regulären Öffnungszeiten ist das GeSo Orth außerdem im Internet und per App erreichbar und man kann Termine online buchen.

21.4 Organisierte Vernetzung und Community Ownership

Wie bereits an mehreren Stellen erwähnt, sollte im Geso Orth an vielen Punkten auf Vernetzung, Austausch und Kooperation gesetzt werden:

- zwischen den Kernteam-Mitgliedern, die wöchentliche Teamsitzungen und Fallbesprechungen durchführen; außerdem über ein gemeinsames Datensystem, wo individuelle Fall-Dokumentation eingesehen werden können
- mit Kooperationspartner*innen: Hinzuziehung zu Fallbesprechungen, gegebenenfalls Zugriff auf das gemeinsame Datensystem
- mit Stakeholdern: Hinzuziehungen zu Fallbesprechungen, gegebenenfalls Vernetzungstreffen
- mit der Bevölkerung

Genauso eng wie die Entstehung des GeSo Orth mit der Bevölkerung abgestimmt wurde, sollte auch der weitere Betrieb eng mit der Bevölkerung vernetzt erfolgen. Dies könnte durch eine spezielle Struktur (Vorstand von Ehrenamtlichen, einem Beirat etc.) erfolgen. Die Bevölkerung muss über die Angebote und Veränderungen im GeSo Orth informiert werden, gleichzeitig müssen die Mitarbeiter*innen die Entwicklungen im Sozialraum im Blick behalten. Außerdem spielen Transparenz und eine gute Öffentlichkeitsarbeit eine wichtige Rolle. Es ist erforderlich, dass sich die Bevölkerung mit dem GeSo identifiziert, die zur Verfügung stehenden Räumlichkeiten nutzt und selbst aktiv wird und das Zentrum nach eigenen Bedürfnissen mitgestaltet. Damit sich das

GeSo Orth weiter entwickeln kann, muss außerdem großer Wert auf Qualitätsmanagement wie auch Beschwerdemanagement gelegt werden.

22 Evaluation und Qualitätssicherung

Magdalena Seidl

Die hier präsentierten vier Konzepte für das GeSo Orth versuchen neue Wege einer bio-psycho-sozialen, d.h. ganzheitlichen Gesundheitsversorgung zu finden. Den Fokus bildet ein gerechter, niederschwelliger Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen und der Gemeinschaft. Eine begleitende Evaluation und Qualitätssicherung des Projekts ist für eine gelingende Umsetzung und die nachhaltige Verankerung in der Gemeinde von hoher Bedeutung.

Nach dem Sozialwissenschaftler Joachim Merchel beginnt Evaluation „dort, wo ein Bewertungsvorgang methodisch systematisiert wird mit dem Ziel ein verbessertes Handlungswissen für die Praxis bzw. für Entscheidungen in der Praxis zu gewinnen“ (Mерchel 2010:13). Darauf aufbauend werden fünf allgemeine Charakteristika von Evaluation beschrieben:

- „Evaluation ist eine Form des Bewertens, und dies setzt voraus, dass dafür Kriterien oder Maßstäbe herausgearbeitet werden.
- Die Bewertung erfolgt auf der Basis einer systematisierten Informationsgewinnung.
- Die systematisierte Informationsgewinnung dient einem spezifischen praktischen Erkenntnis- und Verwertungsinteresse. [...]
- Evaluation ist in der Regel eingebettet in einen organisationalen Zusammenhang; sie erfolgt in einer Organisation oder in Verbindung zu mehreren Organisationen.
- Evaluation ist mit Qualitätsentwicklung verbunden; sie zielt auf das Erzeugen von Wissen, um professionelles Handeln und daraus folgende Ergebnisse zu verbessern.“ (ebd.:14-15).

Evaluation unterscheidet sich damit von alltäglichen Bewertungsprozessen und ist aufgrund ihrer systematischen, nach methodischen Regeln ablaufenden, ergebnisoffenen Erhebung und Auswertung von Daten ein wissenschaftliches Vorgehen. Die Gütekriterien der Evaluation müssen transparent und überprüfbar sein. Sie sind Grundlage des Bewertungsprozesses (ebd.:22). Auch in der Evaluation und Qualitätssicherung sollen Möglichkeiten der Partizipation angedacht werden. Die Implementierung sowohl einer organisationsinternen Fehlerkultur als auch eines Beschwerdemanagements werden für die Entwicklung einer Organisationskultur als sinnvoll angesehen. Eine Fehlerkultur bedeutet, dass Fehlritte nicht ausschließlich

negativ gesehen werden, sondern als Lernerfahrung für die ganze Organisation dienen (vgl. Löber 2012:190). Es gilt auf die Bedarfe in der Gemeinde zu reagieren, neue Angebote zu entwickeln, Gelungenes sowie Misslungenes festzuhalten, zu reflektieren und lehrreiche Schlüsse daraus zu ziehen. Auf politischer Ebene ist weiterhin auf die Problemlagen der Gesundheitsversorgung in ländlichen Gebieten aufmerksam zu machen, generiertes Wissen nutzbar zu machen und im gemeinsamen Austausch aus Praxis, Wissenschaft und Politik neue Lösungsstrukturen zu gestalten. Die österreichischen Gesundheitsziele sind ein Anfang, der nun mit Wissen, Erfahrungen und Handlungspraxis, mittels Evaluationsergebnissen und Berichten unterfüttert werden sollte (siehe Kapitel 5.4.1). Eine Evaluation kann sowohl intern als auch extern erfolgen. Dabei liegt der Unterschied darin, ob das Evaluationsteam aus Personen innerhalb der Organisation / Einrichtung besteht oder externe Kooperationspartner*innen hinzugezogen werden. In diesem Fall liegt meist eine Fremdevaluation vor, da dem Evaluationsteam das Bewertungsfeld häufig nicht bekannt ist. Eine Selbstevaluation wird hingegen von den in der Einrichtung handelnden Personen selbst durchgeführt (vgl. Merchel 2010:44).

„Externe Evaluatoren haben es leichter, mit ihren Evaluationsergebnissen die Organisation und ihre Akteure zu irritieren und dadurch Impulse für eine Weiterentwicklung von Konzepten und Handlungswissen zu setzen – insbesondere dann, wenn sie als Evaluationsexperten methodisch kompetent und in dieser Hinsicht wenig angreifbar arbeiten“ (ebd.:46).

Eine Weiterführung von bereits bestehenden Kooperationen zu wissenschaftlichen Einrichtungen wie z.B. der Fachhochschule St. Pölten ist aus diesem Grund erstrebenswert.

23 Förder- und Finanzierungsmöglichkeiten

Oliver Auer, Sandra Herold

Die Erstellung eines Finanzierungsplanes für die Umsetzung und den laufenden Betrieb des GeSo Orth ist nicht Teil dieses Projektes. Dennoch sollen im Folgenden einige Anregungen zur Finanzierung des Vorhabens gegeben werden.

Dass eine aktive Beteiligung der Bevölkerung für den Betrieb eines Gemeinwesen-zentrums von großer Bedeutung ist, wurde in den vorliegenden Konzepten an mehreren Stellen erläutert. Die Möglichkeit einer finanziellen Beteiligung durch den Erwerb von Anteilen am Projekt verstärkt die Bindung zwischen der Einrichtung und der Bevölkerung. Wie bereits in Kapitel 7.3.4 erwähnt, hat das Land Niederösterreich unter anderem zur Finanzierung kleinerer Sozialprojekte eine **Crowdfunding**-Plattform ins Leben gerufen (vgl. NÖ.Regional.GmbH 2015:o.A.). Eine ähnliche Möglichkeit zur Projektfinanzierung über die Bevölkerung bietet die Genossenschaft für Gemeinwohl (vgl. GfG o.A.).

Entscheidet man sich dafür, eine Einrichtung zu konzipieren, die den Anforderungen einer Primärversorgungseinheit entspricht, informieren der Hauptverband der Sozialversicherungsträger und die Ärztekammer über die Finanzierungsmöglichkeiten.

Sollte die Errichtung einer Primärversorgungseinheit nicht möglich oder nicht gewünscht sein, bleibt die Variante, eine ärztliche (Gruppen-)Praxis mit einem gemeinnützigen Trägermodell, wie einem Verein zu kombinieren. Während die Arztpraxis einen üblichen Kassenvertrag eingeht, finanziert sich der Vereinsbetrieb über einen **Fördermix**. Dass dies auch langfristig einen gangbaren Weg darstellt, veranschaulicht das SMZ Liebenau in Graz (vgl. SMZ o.A.).

Für eine derartige Förderfinanzierung kommen Mittel aus beinahe allen Verwaltungsebenen in Frage. Wie der Fördermix sich genau zusammensetzt, bestimmt das konkrete Leistungsangebot des Gemeinwesen-zentrums. So vergibt das österreichische **Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz** unter anderem Gelder für die Behindertenhilfe und -gleichstellung, Projekte für Senior*innen, freiwilliges Engagement, soziale Eingliederung und Armutsbekämpfung

(vgl. BMASGK o.A.b). Wird im GeSo Familienberatung angeboten, ist eine Förderung über das **Bundeskanzleramt** möglich (vgl. BMFJ 2016).

Die relevanten Förderschwerpunkte des **Fonds Gesundes Österreich** liegen für die Jahre 2017 bis 2020 bei den Themen „Kommunales Setting – Soziale Unterstützung, Teilhabe und Zusammenhalt in Nachbarschaften“, „Gesunder Lebensstil durch intersektorale Zusammenarbeit“ und „Lebensqualität und Chancengerechtigkeit von älteren Menschen“ (vgl. FGÖ o.A.). Auch hieraus ergeben sich vielversprechende Subventionierungsmöglichkeiten. Auf Ebene des **Landes Niederösterreich** bieten sich zur Projektfinanzierung besonders Fördertöpfe der **Abteilung Raumordnung und Regionalpolitik** an. Hier kommen Gelder aus der **Dorf- und Stadterneuerung** und der niederösterreichischen Umsetzung der Lokalen Agenda 21, **Gemeinde 21**, in Frage. Für soziokulturelle Projekte im laufenden Betrieb kann auch bei der **Abteilung Kunst und Kultur** um Unterstützungsleistungen angesucht werden (vgl. Amt der NÖ Landesregierung o.A.).

Projektvarianten, die weiterreichende ökonomische Auswirkungen auf die Region erwarten lassen, z.B. durch eine touristische Belebung, können unter Umständen über das Programm „**LEADER**“ durch Gelder aus dem europäischen Fördertopf für ländliche Regionalentwicklung unterstützt werden (vgl. Amt der NÖ Landesregierung o.A.).

Um Kosten zu sparen, ist in der Projektumsetzung die **Mehrfachnutzung** von Infrastruktur zu prüfen und gegebenenfalls in Betracht zu ziehen. **Sponsoringaktivitäten** sind für Einzelkomponenten wie Bewegungsangebote durchaus denkbar, derartige Kooperationen sind jedoch aufgrund der entstehenden Abhängigkeiten und Verpflichtungen kritisch zu betrachten und im Einzelfall abzuwägen.

24 Konzeptvergleich mittels SWOT-Analyse

Magdalena Seidl

Das aus der Betriebswirtschaftslehre stammende Managementinstrument SWOT ist ein einfaches systematisiertes Instrument, um Entwicklungen und Bedingungen für die Zielerreichung eines Projekts analytisch zu erarbeiten. Dabei wird der Fokus auf interne Faktoren wie Stärken (*strengths*) und Schwächen (*weakness*) als auch externe Faktoren wie Chancen (*opportunities*) und Risiken (*threats*) gelegt (vgl. Wollny / Paul 2015:189).

Folgende vier Fragen hilft das Instrument zu beantworten:

- Was kann das Konzept gut?
- Worin kann das Konzept nicht so gut?
- Wo werden Chancen in der Konzeptumwelt gesehen?
- Welchen Risiken ist das Konzept ausgesetzt?

Für eine aussagekräftige Analyse ist es wichtig, dass das zu erreichende Ziel vorher klar formuliert wird. Außerdem sollte darauf Acht gegeben werden, externe Chancen nicht mit den internen Stärken zu verwechseln. Da die SWOT-Analyse eine „verbalargumentative“ (Wollny / Paul 2015:190) Methode ist, dient sie der Bewertung der Zustände und nicht als Mittel, um Strategien zu erarbeiten. Umbach (2018) gibt als häufigen Fehler bei einer SWOT-Analyse an: „Die Stärken und Schwächen werden als absolute Größen angesehen – sie sind aber erst im Vergleich mit der Konkurrenz relevant.“ (Umbach 2018:377)

Um die vier erarbeiteten Konzepte für ein Gemeinwesenzentrum mit integrierter Primärversorgung inhaltlich vergleichen und analysieren zu können, wurde die SWOT-Methode verwendet. Ziel des Projekts ist / war es, ein innovatives und zukunftsweisendes Konzept für ein Gemeinwesenzentrum mit integrierter Gesundheitsversorgung für die Gemeinde Orth an der Donau zu entwickeln.

	Orther Sozial- und Gesundheitsnetz	GeSo am Wald	GeSo Flex	An einem Ort rund um versorgt
Interne Stärken	<ul style="list-style-type: none"> ■ inklusiver, sozialer Treffpunkt ■ Wissens- und Informations-dreh-scheibe ■ Vernetzung und Abstimmung mit externen Angeboten ■ Ressourcenschonung durch Rückgriff auf Bestehendes ■ Umfassendes Angebot für Nutzer*innen ■ Entlastung der Mitarbeiter*innen durch interprofessionelle Zusammenarbeit ■ Café wird als Berufsintegrationsprojekt betrieben 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Innovativer Zugang ■ Starkes Alleinstellungsmerkmal ■ Vorreiterrolle ■ Effizientes Schließen von Versorgungslücken ■ Betonung und Wertschätzung von Vorhandenem ■ Symbiose von Natur und Hightech ■ Mehrfachnutzung ■ Erweiterte medizinische Erreichbarkeit durch DGKP und Multimediale 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bürger*innennähe ■ Flexibel und partizipativ in der Ausgestaltung (Bedarfsorientiert) ■ Ansprechende Architektur ■ Ganzheitliche Sozial- und Gesundheitsberatung ■ Umfassende medizinische Versorgung ■ Evaluation und permanente bedarfsorientierte Anpassung ■ GeSoTag (Zielgruppenunspecifische Tagesstruktur) ■ Soziale Arbeit als Gatekeeper, Broker und Case Manager*innen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Umfassende gesundheitliche Versorgung direkt vor Ort ■ ganzheitlicher gesundheitlicher Ansatz ■ Kooperation mit Rettungsdienst und anderen Gesundheits- und Sozialdienstleistern ■ durchdachte Rund-um-die-Uhr-Versorgung ■ Fokus auf die psychosoziale Versorgung ■ Berücksichtigungen von technischen Innovationen
Interne Schwächen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Finanzierung und Fördermöglichkeiten offen ■ Fallführung und Verantwortung offen ■ fehlende Bereitschaft zur interprofessionellen Zusammenarbeit ■ Samstag/Sonntag und nachts geschlossen ■ keine Zielgruppenspezialisierung ■ Arbeitsangebot im Café ist ungeeignet für Menschen mit Behinderung mit hohem Unterstützungsbedarf 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Komplexität durch viele involvierte Akteure ■ Aufwändige Finanzierung durch Fördermix und Nutzungsentgelte ■ Thema „Wald“ für Jugendliche wenig attraktiv ■ Haftungsfragen ■ „Maßanfertigung“ für Orth an der Donau, kein universelles Konzept 	<ul style="list-style-type: none"> ■ langfristige Finanzierungsmöglichkeiten fraglich ■ kein Primärversorgungszentrum entsprechend der derzeitigen Definition der Bundeszielsteuerungskommission B-ZK 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Finanzierungs- und Fördermöglichkeiten offen ■ Schwerpunkt auf Gesundheit und nicht auf Sozialwesen ■ nicht alle Zielgruppen werden bedacht

	Orther Sozial- und Gesundheitsnetz	GeSo am Wald	GeSo Flex	An einem Ort rund um versorgt
Externe Chancen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pionierprojekt: neuer Ansatz, um medizinische und soziale Versorgung im ländlichen Raum zu gewährleisten ■ revitalisierter Leerstand belebt den Ortskern und entspricht der Strategie zur Ortskernbelebung des Landes Niederösterreich ■ sozialer Zusammenhalt durch organisierte Nachbarschaftshilfe ■ Im südlichen Marchfeld gibt es kein Berufsintegrationsprojekt ■ Es gibt externe Angebote an die Nutzer*innen verwiesen werden können 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Touristische Vermarktung ■ Weitere wissenschaftliche Begleitung als Pilotprojekt ■ „Immunsystem der Region“ durch koordinierte Vernetzung ■ Vorreiterrolle in Umsetzung von Telemedizin ■ Ganzheitlicher Zugang zum Thema Nachhaltigkeit (Nutzung lokaler Ressourcen, Jobs in der Region etc.) ■ Erweiterung der Fördermöglichkeiten durch Einbezug des Nationalparks und touristischer Aspekte 	<ul style="list-style-type: none"> ■ interdisziplinäre Zusammenarbeit ■ kann klein begonnen und vergrößert werden ■ Forschung und Evaluation fördern Verbesserungen ■ Bürger*innen finden ihre Ideen aus dem Bürger*innenrat im Konzept GeSo Flex wieder und können sich dadurch gut mit der Einrichtung identifizieren 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Innovatives Konzept ■ Pflege als zentrale Fachkraft ■ kann als Primärversorgungseinheit konzipiert werden ■ bestehende Angebote werden vernetzt und es entstehen keine Parallelstrukturen ■ gemeinsame Gebäudenutzung mit den Johannitern
Externe Risiken	<ul style="list-style-type: none"> ■ Bevölkerung engagiert sich nicht ■ relevante Personen und Organisationen können nicht für eine Vernetzung gewonnen werden ■ Allgemeinmediziner*in wird nicht gefunden ■ kein passender Leerstand zugänglich ■ GeSo Orth wird als Konkurrenz zu bestehenden Angeboten gesehen ■ Café kann nicht als Berufsintegrationsprojekt betrieben werden 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Wald wird von der Bevölkerung nicht als gesundheitsfördernd angenommen ■ Projekt wird als „esoterisch“ missverstanden ■ Mangelnde Kooperationsbereitschaft seitens der Trägerorganisationen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ wird von der Bevölkerung nicht angenommen ■ man findet keine geeigneten Fachkräfte zur Umsetzung entsprechend der Konzeptidee ■ Finanzielle Konkurrenz durch mögliche Primärversorgungszentren in der Umgebung 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fachkräftemangel in der Medizin und Pflege ■ rechtliche Grauzone im Bereich Telemedizin, Rund-um-die-Uhr-Erreichbarkeit und Übergangsbetten ■ mangelnde Kooperationen der Gesundheits- und Sozialdienstleister*innen der Umgebung ■ geringe aktive Beteiligung der Bevölkerung

Tabelle 37: SWOT Analyse; Quelle: eigene Darstellung

Beim Vergleich der vier verschiedenen Konzepte fällt auf: Trotz eines gemeinsamen, zweijährigen Entwicklungsprozesses entstanden vier Konzepte mit vier verschiedenen Schwerpunkten. Während das „Orther Sozial- und Gesundheitsnetz“ sich auf die Netzwerkarbeit in und um der Gemeinde spezialisiert, wählt das „GeSo am Wald“ völlig neue Zugänge und nutzt die Ressource Nationalpark Orth an der Donau geschickt. Das GeSo-Flex hat seinen Schwerpunkt auf eine flexible, partizipative Entwicklung und Gestaltung von Angebot und Architektur gewählt. Das Konzept „An einem Ort rund um versorgt“ bietet als Hauptaugenmerk eine durchdachte gesundheitliche Versorgung rund um die Uhr an und ist damit den klassischen Primärversorgungseinheiten am ähnlichsten.

Trotz der bestehenden hohen Individualität der Konzepte können mittels der SWOT-Analyse auch Gemeinsamkeiten aufgezeigt werden. Als interne Stärken sind in allen vier Konzepten die Vernetzung bestehender Angebote, die interprofessionelle Zusammenarbeit und ein umfassendes Angebot für Nutzer*innen vermerkt. Die unklaren Finanzierungs- und Fördermöglichkeiten weisen auf eine allgemeine interne Schwäche hin. Im Kapitel 11 werden jedoch ergänzend Möglichkeiten der Finanzierung aufgezeigt. Das Pionier- oder auch Pilotprojekt in der Region ist eine gemeinsame externe Chance. Dies gilt auch für die im Kapitel 10 näher beschriebene Evaluation und Qualitätssicherung. Als externe Risiken wird von allen vier Konzepten die Anbindung von Fachkräften an das Zentrum beschrieben. Auch besteht das Risiko, dass die Bevölkerung das Angebot eines Gemeinwesenzzentrums mit integrierter Gesundheitsversorgung, in welcher Form auch immer, nicht annimmt.

Diese vier Konzepte bilden die vielseitigen Umsetzungsmöglichkeiten eines Gemeinwesenzzentrums in der Gemeinde Orth an der Donau ab. Im weiteren Verlauf ist es möglich, die Konzeptinhalte zu mischen, anzupassen, zu kürzen oder gegebenenfalls zu erweitern. Dabei sind immer die aktuellen Rahmenbedingungen in der Gemeinde mitzudenken und zu planen.

Literatur

Amt der NÖ Landesregierung (o.A.): Förderungen. www.noel.gv.at/noel/Foerderungene.html [24.03.2018].

BMV – Bäderverband Mecklenburg-Vorpommern e.V. (2015): Berichtsband zum Projekt „Entwicklung der natürlichen Ressource Wald zum Kur- und Heilwald zur Nutzung als Therapeutikum und dessen Vermarktung“. Graal-Müritz: Eigenverlag.

Badura, Bernhard / Hehlmann, Thomas (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation. 1.Auflage, Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.

Barlösius, Eva (2011): Soziologie des Essens – Eine sozial- und kulturwissenschaftliche Einführung in die Ernährungsforschung. Weinheim und München: Juventa Verlag.

Bauer, Markus / Legner, Klaus / Metzenbauer, Manfred / Wald, Markus (o.A.): Arbeitskreis Ärztezentrum, Orth an der Donau.

BauNetz Wissen (o.A.a): Baubiologie. <https://www.baunetzwissen.de/glossar/b/bau%C2%ACbiologie-1547115> [18.01.2018].

BauNetz Wissen (o.A.b): Raumklima und Behaglichkeit. <https://www.baunetzwissen.de/gesund-bauen/fachwissen/planungsgrundlagen/raumklima-und-behaglichkeit-1556851> [18.01.2018].

BauNetz Wissen (o.A.c): Störungen durch Lärm. <https://www.baunetzwissen.de/gesund-bauen/fachwissen/planungsgrundlagen/stoerungen-durch-laerm-1556899> [18.01.2018].

BauNetz Wissen (o.A.d): Tages- und Kunstlicht. <https://www.baunetzwissen.de/gesund-bauen/fachwissen/planungsgrundlagen/tages--und-kunstlicht-1556895> [18.01.2018].

BKB-Bundekompetenzzentrum Barrierefreiheit (o.A.): Barrierefreiheit, http://www.barrierefreiheit.de/bgg_barrierefreiheit.html [02.04.2018].

BMASK – Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (2011): Barriere:Frei! Handbuch für barrierefreies Wohnen. https://www.sozialministeriumservice.at/cms/site/attachments/6/3/0/CH0053/CMS1455404672821/sms_handbuch_barrierefrei_wohnen.pdf [17.01.2018].

BMASGK – Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2016): Telemedizin. https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit/E-Health_Elga/Telemedizin/ [25.02.2018].

BMASGK – Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (o.A.a): Gesundheit und Gesundheitsförderung. https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung [12.02.2018].

BMASGK – Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (o.A.b): Förderungen und Richtlinien. www.sozialministerium.at/site/Ministerium/Foerderungen_und_Richtlinien [23.03.2018]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2014): „Das Team rund um den Hausarzt“. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich.

<https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/1/2/6/CH1443/CMS1404305722379/primaerversorgung.pdf> [22.03.2018].

BMGF – Bundesministerium für Gesundheit und Frauen (2017): Gesundheitsdefinition der WHO 1948. https://www.bmgf.gv.at/home/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung#f0 [22.06.2017].

BMNT – Bundesministerium für Nachhaltigkeit und Tourismus (2017): Gesundheitsversorgung. Besser versorgt, sicher gesund. <https://www.bmnt.gv.at/land/masterplan-laendlicher-raum/masterplan-soziale-verantwortung/s-7-gesundheitsversorgung.html> [12.02.2018].

Brückner, Margrit / Thiersch, Hans (2005): Care und Lebensweltorientierung. Bemerkungen zum Vergleich von Arbeitskonzepten in der Sozialen Arbeit. In: Thole, Werner / Cloos, Peter / Ortman, Friedrich / Strutwolf, Volkhardt (2005) (Hg.): Soziale Arbeit im öffentlichen Raum. Soziale Gerechtigkeit in der Gestaltung des Sozialen, 1. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 137–150.

Bruns, Wiebke (2013): Gesundheitsförderung durch soziale Netzwerke. Möglichkeiten und Restriktionen, Wiesbaden: Springer VS.

Bum, Jin Park / Tsunetsugu Yuko / Kasetani, Tamami / Kagawa, Takahide / Miyazaki, Yoshifumi (2010): The physiological effects of Shinrin-yoku (taking in the forest atmosphere or forest bathing): evidence from field experiments in 24 forests across Japan. In: Environmental Health and Preventive Medicine. 15 / 1, 18–26.

BMFJ – Bundesministerium für Familien und Jugend (2016): Rahmenbedingungen der Beratung nach dem Familienberatungsförderungsgesetz. Wien; www.bmfj.gv.at/dam/jcr:2fd8f401-aa25-494c-9512-7d4a427bdae8/Rahmenbedingungen_und_Definition_von_Familienberatung.pdf [23.03.2018].

Burczyk, Nicole (2014): Bürgercoaching – Ein Training für mehr Eigeninitiative. In: Straßburger, Gaby / Rieger, Judith (Hg.): Partizipation kompakt. Für Studium, Lehre und Praxis Sozialer Berufe. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, 177-185.

Cervinka, Renate / Höltge, Jan / Pigie, Laura / Schwab, Markus / Sudkamp, Jennifer / Haluza, Daniela (2014): Zur Gesundheitswirkung von Waldlandschaften. BFW-Berichte 147/2014. Wien: Bundesforschungszentrum für Wald.

Dauss, Markus (2011): Glück und Architektur. Vom prekären Aufbau des Glücks. In: Thomä, Dieter / Henning, Christoph / Mitscherlich-Schönherr, Olivia: Glück (2011) (Hg.) Ein interdisziplinäres Handbuch. Stuttgart / Weimar: Verlag J.B.Metzler.

Die Gesundheitsnummer (2018): Wenn´s weh tut! 1450. Die Nummer zu ihrer telefonischen Gesundheitsberatung, <http://www.1450.at/1450-die-gesundheitsnummer/> [17.3.2018].

Donau-Universität Krems (o.A.): Studium: Gartentherapie. www.donau-uni.ac.at/de/studium/gartentherapie/index.php [23.01.2018].

Gesundheit.gv.at. (o.A.): Öffentliches Gesundheitsportal Österreich. <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsystem/berufe/krankenpflege/krankenpflger> [20.01.2018].

Donk, Cyrilla van der / Lanen, Bas van / Wright, Michael T. (2014): Praxisforschung im Sozial- und Gesundheitswesen. Bern: Hans Huber.

EWSA – Europäischer Wirtschafts- und Sozialausschuss (2012): Die Sozialwirtschaft in der Europäischen Union. <http://www.eesc.europa.eu/resources/docs/qe-31-12-784-de-c.pdf> [23.01.2017].

Felmer, Viktoria / Rigal, Elisabeth (o.A): Den Wald WIEDERENTDECKEN - ein Programm für Seniorinnen und Senioren. bfw.ac.at/rz/bfwcms.web?dok=10268 [23.01.2018].

FGÖ – Fonds Gesundes Österreich (o.A.): Die zentralen Begriffe „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“. http://fgoe.org/index.php/Gesundheitsfoerderung_und_Praevention [Zugriff: 12.02.2018].

FH Krems (o.A.): Der Heil- und Kurwald als Chance im Gesundheitstourismus. www.fh-krems.ac.at/de/aktuelles/artikel/der-heil-und-kurwald-als-chance-im-gesundheitstourismus/#.WmZG9hYiEW0 [22.01.2018].

Flick, Uwe (2008): Design und Prozess qualitativer Forschung. In: Flick, Uwe / Kardoff, Ernst von / Steinke, Ines (2008) (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 6. aktualisierte Auflage, Reinbek: Rowohlt, 252–265.

Fonds Gesundes Österreich [FGÖ] (o.A.): fgoe.org/foerderschwerpunkte [24.03.2018].

Früchtel, Frank / Budde, Wolfgang (2006): Wie funktioniert fallunspezifische Ressourcenarbeit? Sozialraumorientierung auf der Ebene von Netzwerken. In: Budde, Wolfgang / Früchtel, Frank / Hinte, Wolfgang (2006) (Hg.): Sozialraumorientierung. Wege zu einer veränderten Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 201–218.

Früchtel, Frank / Budde, Wolfgang / Cyprian, Gudrun (2013): Mobilisierung von Stadtteilen und Netzwerken: Fallunspezifische Arbeit. In: Früchtel, Frank / Budde, Wolfgang / Cyprian, Gudrun (2013) (Hg.): Sozialer Raum und Soziale Arbeit. Fieldbook: Methoden und Techniken. 3. Auflage, Wiesbaden: Springer VS, 105–137.

Gahleitner, Silke Brigitta (2017): Soziale Arbeit als Beziehungsprofession: Bindung, Beziehung und Einbettung professionell ermöglichen. 1. Auflage, Weinheim / Basel: Beltz Juventa.

GfG – Genossenschaft für Gemeinwohl (o.A.): Crowdfunding für Gemeinwohl. www.gemeinwohlprojekte.at [24.03.2018].

Green Care. (o.A.): Green Care Österreich. <https://www.greencare-oe.at/ueber-greencare+2500++1000078> [22.01.2018].

Green Care. (o.A.1): Lebensort Bauernhof. www.greencare-oe.at/lebensort-bauernhof+2500++1000177 [22.01.2018].

Goffman, Erving (Hg.) (1967): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. 21. Auflage, Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.

Hensen Peter, Stamer Maren (2018) (Hg.): Professionsbezogene Qualitätsentwicklung im interdisziplinären Gesundheitswesen. Gestaltungsansätze, Handlungsfelder und Querschnittsbereiche. Springer Verlag. Deutschland.

Haus mit:Leben (2017): Statuten des Vereins Haus mit:Leben – mit Behinderung in Gemeinschaft leben, alt werden und sterben dürfen. Orth an der Donau.

Hosemann, Wilfried (2013): Systemische Soziale Arbeit und Netzwerke. In: Fischer, Jörg / Kosellek, Tobias (2013) (Hg.): Netzwerke und Soziale Arbeit. Theorien, Methoden, Anwendungen. Weinheim und Basel: Beltz Juventa, 92–107.

IFSW – International Federation of Social Workers (2014): Global Definition of Social Work. <http://ifsw.org/get-involved/global-definition-of-social-work/> [10.06.2017].

Ilse Arlt Institut für soziale Inklusionsforschung (2013): Inklusion. http://inklusion.fhstp.ac.at/downloads/AI_Inklusion2013.pdf [04.04.2018].

IUA – International Union of Architects (2017): Friendly and Inclusive Spaces Awards. Viva Blue House Project. <https://af4-sydney-production.imgix.net/files/g/w/n/C/Y/o/fK5l5sIKTp/entry-rAyJEKxD-477312.pdf?ixlib=php-1.1.0&s=eafa6b91163e636516dbf8526d1f7f80> [17.01.2018].

Haye, Britta / Kleve, Heiko (2003): Systemische Schritte helfender Kommunikation. Sechs-Phasen-Modell für die Falleinschätzung und die Hilfeplanung. In: Kleve, Heiko (2003): Systemisches Case Management. Falleinschätzungen in Hilfeplanung in der sozialen Arbeit mit Einzelnen und Familien – methodische Anregungen. 1. Auflage, Aachen: Dr. Heinz Kersting Verlag, 111–135.

Herold (2018): Best Practice Beispiele. Finnland. In: Auer, Oliver / Herold, Sandra / Laming, Sarah Maria / Presser, Marlies / Renner, Patricia / Seidl, Magdalena / Stöger, Lisa: Entwicklung eines Gemeinwesenzzentrums mit integrierter Gesundheitsversorgung. Ein allgemeines Handbuch und vier Konzepte für die Marktgemeinde Orth an der Donau.

Hillmann, Karl-Heinz (Hg.) (2007): Wörterbuch der Soziologie, 5. Auflage, Stuttgart: Alfred Körner Verlag.

Klawatsch-Treitl, Eva (2013): Dienstleistung und Care. In: Bakic, Josef / Diebäcker, Marc / Hammer, Elisabeth (Hg.): Aktuelle Leitbegriffe der Sozialen Arbeit. Ein kritisches Handbuch. Band 2. Wien: Löcker, 46–61.

Klemperer, David (2015): Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. 3., überarbeitete Auflage, Bern: Hogrefe.

Knümann, Sandra (2017): Psychotherapie im Wald. Positive Effekte eines Settingwechsels. In: Green Care. 4 / 2017, 7–10.

Kuhn, Eva (2014): Luxusgut Gesundheitsversorgung? Ärztliche Dienstleistungen bei Bevölkerungsrückgang im ländlichen Raum. In: Zeitschrift für Gesundheitspolitik: Schwerpunktthema. Aktuelle Herausforderungen der Landmedizin, Linzer Institut für Gesundheitsforschung. Ausgabe 01 / 2014, 9 – 32. http://www.lig-gesundheit.at/documents/3466927/3487422/ZGP+01_2014+Aktuelle+Herausforderungen+der+Landmedizin.pdf/509bf395-b3d2-4feb-a714-2bac5fc67e80?t=1405413779000 [18.03.2018].

Land Niederösterreich: Orth an der Donau Bevölkerung, http://www.noegv.at/noe/Orth_an_der_Donau.html#bevoelkerung [28.03.2018].

Löber, Nils (2012): Fehler und Fehlerkultur im Krankenhaus. Eine theoretisch-konzeptionelle Betrachtung. 1. Auflage, Wiesbaden: Gabler Verlag/Springer Fachmedien.

LMU – Ludwig-Maximilians Universität München (2017): Informationen zur Waldtherapie / Kurwald / Weiterbildung Wald- und Klimatherapeut. ihrs.ibe.med.uni-muenchen.de/klimatologie/waldtherapie/waldtherapie-lmu-info-2017.pdf [22.01.2018].

Lüttringhaus, Maria (2011): Zusammenfassender Überblick: Leitstandards der Gemeinwesenarbeit. In Hinte, Wolfgang / Lüttringhaus, Maria / Oelschlägel, Dieter (2011) (Hg.): Grundlagen und Standards der Gemeinwesenarbeit. Ein Reader zu Entwicklungslinien und Perspektiven. Weinheim / München: Juventa Verlag, 277–281.

Maller, Cecily / Townsend, Mardie / Pryor, Anita / Brown, Peter / Leger, Lawrence St. (2005): Healthy nature healthy people: 'contact with nature' as an upstream health promotion intervention for populations. In: Health Promotion International. 21 / 1, 45–54.

Marzinzik, Kordula / Walkenhorst, Ursula (2010): Kompetenz und Kooperation im Gesundheits- und Sozialbereich. Münster: LIT Verlag.

Meins, Anna (2011): Systematisierung und begriffliche Bestimmung von Inklusion. In: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit. 62 / 6, 456–463.

Merchel, Joachim (2010): Evaluation in der Sozialen Arbeit. München: Ernst Reinhardt Verlag.

Monzer, Michael (2013): Casemanagement Grundlagen. Casemanagement in der Praxis, Heidelberg: medhochzweiverlag.

Morita E. / Fukuda, S. / Nagano J. / Hamajimac, N. / Yamamoto H. / Iwaie, Y. / Nakashima, T. / Ohirag, H. / Shirakawaa, T (2007): Psychological effects of forest environments on healthy adults: Shinrin-yoku (forest-air bathing, walking) as a possible method of stress reduction. In: Public Health. 121 / 1, 54–63.

Moser, Michaela (2013): Krise und Selbstorganisation. In: Bakic, Josef / Diebäcker, Marc / Hammer, Elisabeth (2013) (Hg.): Aktuelle Leitbegriffe der Sozialen Arbeit. Ein kritisches Handbuch. Band 2, Wien: Löcker, 144–158.

NDA – National Disability Authority (2014): What is Universal Design? <http://universal-design.ie/What-is-Universal-Design/> [08.03.2018].

Niederösterreichischer Gesundheits- und Sozialfonds (2017): Primärversorgungseinheiten in Niederösterreich. St. Pölten.

NÖ Regional GmbH (2015): Was ist gemeinsam.noeregional.at? <https://gemeinsam.noeregional.at/inhalte/gemeinsamnoeregional/ueber-uns.html> [18.01.2018].

NÖ Regional GmbH (2017): „Clever Mobil“ Eingereichte Projekte in der Hauptregion Weinviertel 2017. http://www.noeregional.at/dokumente/mobilitaet/Clever_Mobil_Projektbeschreibungen_Weinviertel_2017.pdf [18.01.2018].

NÖ Regional GmbH (o.A.): Regionale Impulsprojekte. Zentrumsentwicklung. http://www.noeregional.at/?dok_id=247&kat=29&anchor=247#247 [18.01.2018].

ÖROK – Österreichische Raumordnungskonferenz (2014): ÖROK-Regionprognosen 2014 – Bevölkerung. Kurzfassung, Wien. http://www.oerok.gv.at/fileadmin/Bilder/2.Reiter-Raum_u_Region/2.Daten_und_Grundlagen/Bevoelkerungsprognosen/Prognose_2014/ÖROK-Bevoelkerungsprognose_Kurzfassung_final.pdf [09.02.2018].

Pantuček, Peter (1998): Lebensweltorientierte Individualhilfe. Einführung für soziale Berufe. Freiburg im Breisgau: Lambertus.

Pantuček, Peter (2012): Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. 3., aktualisierte Auflage. Wien / Köln / Weimar: Böhlau Verlag.

Presser, Marlies (2018): Bürger*innenbeteiligung mittels Bürger*innenrat. In: Auer, Oliver / Herold, Sandra / Laminger, Sarah Maria / Presser, Marlies / Renner, Patricia / Seidl, Magdalena / Stöger, Lisa: Entwicklung eines Gemeinwesenenzentrums mit integrierter Gesundheitsversorgung. Ein allgemeines Handbuch und vier Konzepte für die Marktgemeinde Orth an der Donau.

Redelsteiner, Christoph (2016): Aktuelle und künftige Anforderungen an das Gatekeeping im präklinischen Bereich unter besonderer Berücksichtigung der soziodemografischen Entwicklung am Beispiel zweier Grenzregionen im Burgenland. Dissertation Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Edewecht: Verlag Stumpf und Kossendey.

Redelsteiner, Christoph (2017): Gesundheitsberuf SozialarbeiterIn. In: SiÖ Sozialarbeit in Österreich. Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik. Ausgabe 3/17, 10–18.

Schnee, Renate (2000): Immunsystem der Stadt. Regionalteams in Wien: informelle Vernetzung soziokultureller Einrichtungen. In: Roessler, Marianne / Schnee, Renate / Spitzky, Christine / Stoik, Christoph (2000) (Hg.): Gemeinwesenarbeit und Bürgerschaftliches Engagement. Eine Abgrenzung. Wien: OEGB Verlag, 97–112.

Schuhmacher, Thomas (2013): Lehrbuch der Ethik in der Sozialen Arbeit. Weinheim, Basel: Juventa.

SMZ Liebenau (o.A.): Sozialmedizinisches Zentrum Liebenau. www.smz.at [24.03.2018].

Stövesand, Sabine / Stoik, Christopher (2013): Gemeinwesenarbeit als Konzept Sozialer Arbeit – eine Einleitung. In: Stövesand, Sabine / Stoik, Christopher / Troxler, Ueli (2013) (Hg.): Handbuch Gemeinwesenarbeit. Traditionen und Positionen, Konzepte und Methoden. Deutschland – Schweiz – Österreich. Opladen / Berlin / Toronto: Verlag Barbara Budrich, 14–36.

Straßburger, Gaby / Rieger, Judith (2014): Partizipation kompakt – Komplexe Zusammenhänge auf den Punkt gebracht. In: Straßburger, Gaby / Rieger, Judith (2014) (Hg.): Partizipation kompakt. Für Studium, Lehre und Praxis Sozialer Berufe. Weinheim / Basel: Beltz Juventa, 230–240.

Straub, Michael (2017): Wie geht es jetzt weiter? In: Das österreichische Gesundheitswesen – ÖKZ. Nr. 58, 32–33.

Umbach, Günther (2018): Die SWOT-Analyse. In: Erfolgreich im Pharma Marketing. Wiesbaden: Springer Gabler.

Umweltbundesamt GmbH (o.A.): Flächeninanspruchnahme. http://www.umweltbundesamt.at/umweltsituation/raumordnung/rp_flaecheninanspruchnahme/ [17.01.2018].

Unger, Hella von (2014): Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis. Wiesbaden: Springer VS.

VOR (o.J.): Sammeltaxi (AST). <https://www.vor.at/mobil/sammeltaxi-ast-rufbus-nachtbus-und-taxi/> [22.02.2018].

Weltgesundheitsorganisation (1948): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. <http://www.admin.ch/ch/d/sr/i8/0.810.1.de.pdf> [13.10.2016].

Wollny, Volrad; Paul, Herbert (2015): Die SWOT-Analyse: Herausforderungen der Nutzung in den Sozialwissenschaften. In: Niederberger, Marlen / Wassermann, Sandra (2015) (Hg.): Methoden der Experten- und Stakeholdereinbindung in der sozialwissenschaftlichen Forschung. Wiesbaden: Springer VS, 189–216.

Wright, Michael T. (2016): Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/partizipation-mitwirkung-und-mitentscheidung-der-buergerinnen-und-buerger/> [09.02.2017].

WHO – World Health Organization (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986. [WHO-autorisierte Übersetzung: Hildebrandt/Kickbusch auf der Basis von Entwürfen aus der DDR und von Badura sowie Milz.]. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [18.03.2018].

Zängl Peter (2013) (Hg.): Pflegeforschung trifft Pflegepraxis. Jahrbuch 2012/2013 des Norddeutschen Zentrums zur Weiterentwicklung der Pflege. Springer Verlag GmbH Deutschland. S. 213-215

Daten

- A1 Auswertung Expert*inneninterviews am 15.12.2017, verfasst von Oliver Auer, Sandra Herold, Sarah Laminger, Marlies Presser, Patricia Renner, Magdalena Seidl, Lisa Stöger.
- AF1 Audio-Fieldnote geführte Besichtigung Stadtteilzentrum Jakomini mit Anahita Sharifgerami und Natascha Mauerhofer in Graz am 25.10.2017, erstellt von Oliver Auer. Audiodatei.
- B1 Beobachtungsprotokoll Bürger*innen-Rat vom 23.09.2017, verfasst von Oliver Auer und Marlies Presser.
- B2 Beobachtungsprotokoll Bürger*innen-Café vom 18.11.2017, verfasst von Oliver Auer und Sarah Laminger.
- B3 Beobachtungsprotokoll Bürger*innen-Café vom 18.11.2017, verfasst von Sandra Herold.
- B4 Beobachtungsprotokoll Bürger*innen-Café vom 18.11.2017, verfasst von Marlies Presser.
- B5 Beobachtungsprotokoll Bürger*innen-Café vom 18.11.2017 verfasst von Patricia Renner.
- B6 Beobachtungsprotokoll Bürger*innen-Café vom 18.11.2017 verfasst von Magdalena Seidl.
- B7 Beobachtungsprotokoll Bürger*innen-Café vom 18.11.2017 verfasst von Lisa Stöger
- D1 Dokumentation Bürger*innen-Rat am 23.09.2017, verfasst von Marlies Presser.
- D2 Dokumentation Bürger*innen-Café am 18.11.2017, verfasst von Marlies Presser.
- D3 Dokumentation Kommunikative Validierung am 01.03.2018, verfasst von Oliver Auer und Lisa Stöeger.
- G1 Gedächtnisprotokoll geführte Besichtigung SMZ Liebenau mit Wolfgang Sellitsch (Geschäftsführer) in Graz am 25.10.2017, verfasst von Oliver Auer. Zeilennummerierung.
- M1 E-Mail-Verkehr vom 18.02.2018 an Christian Fohringer zu Fragen zum Konzept, verfasst von Sandra Herold.
- M2 E-Mail-Verkehr vom 20.02.2018 an Daniela Ludwan zu Fragen zum Konzept, verfasst von Sandra Herold.
- M3 E-Mail-Verkehr vom 23.3.2018 an GHZ Enns, verfasst von Patricia Renner
- T1 Transkript Expert*inneninterview vom 27.04.2017, erstellt von Sandra Herold.

- T3 Transkript Expert*inneninterview vom 27.04.2017, erstellt von Magdalena Seidl und Lisa Stöger.
- T5 Transkript Expert*inneninterview vom o.A., erstellt von Oliver Auer.
- T7 Transkript Expert*inneninterview vom 27.04.2017, erstellt von Marlies Presser.
- T8 Transkript Expert*inneninterview vom 27.04.2017, erstellt von Marlies Presser.
- T9 Gedächtnisprotokoll Expertinnen*interview vom 26.05.2017, erstellt von Marlies Presser.
- T12 Transkript Expert*inneninterview vom 26.05.2017, erstellt von Sandra Herold.
- T13 Transkript Expert*inneninterview vom 26.05.2017, erstellt von Sandra Herold.
- T18 Transkript Expert*inneninterview vom 26.05.2017, erstellt von Sarah Maria Laminger und Lisa Stöger
- T21 Transkript Expert*inneninterview Enns vom 9.3.2017, erstellt von Sebastian Bastecky
- S1 Sozialraumbegehung Zone 1-Protokoll am 09.12.2016, verfasst von Patricia Renner und Sarah Laminger.
- S2 Sozialraumbegehung Zone 2-Protokoll am 09.12.2016, verfasst von Oliver Auer und Sandra Herold.
- S3 Sozialraumbegehung Zone 3-Protokoll am 09.12.2016, verfasst von Jayanta Trescher²⁸ und Marlies Presser.

²⁸ Jayanta Trescher hat ihr Studium im 1. Semester vorzeitig beendet, wodurch sie in diesem Begehungsprotokoll noch als Autorin aufscheint.

Abbildungen

Abbildung 1: Ganzheitliche Gesundheit. Quelle: eigene Darstellung nach Badura / Hehlmann 2003:13.	24
Abbildung 2: Resilienzmodell. Quelle: Siegrist / Luitjens 2013.	35
Abbildung 3: Einfaches Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. Quelle: eigene Darstellung nach Richter / Hurrelmann 2009:23.	43
Abbildung 4: Darstellung des sozialen Gradienten. Quelle: eigene Darstellung nach Janßen 2011: 4	44
Abbildung 5: Determinanten und Auswirkungen für Gesundheit, Quelle: eigene Darstellung	47
Abbildung 6: Doppeltes Mandat nach Böhnisch und Lösch (1973); Quelle: eigene Darstellung	73
Abbildung 7: Das Tripelmandat; Quelle: eigene Darstellung.....	74
Abbildung 8: Systeme; Quelle: Schilling / Zeller 2012:170.....	78
Abbildung 9: Systemgruppen; Quelle: Schilling / Zeller 2012:170.....	78
Abbildung 10: soziale Einzelfallhilfe; Quelle: Deller / Brake 2014:160	81
Abbildung 11: soziale Gruppenarbeit; Quelle: Deller / Brake 2014:160	82
Abbildung 12: Rolle der Case Manager*in; Quelle: Ehlers / Müller 2013:112	83
Abbildung 13: Schematische Darstellung Gemeinwesenarbeit; Quelle: eigene Darstellung nach Galuske 2013:106.....	92
Abbildung 14: Abgrenzung Beteiligungsformen; Quelle: eigene Darstellung nach Arbter 2012:10.....	122
Abbildung 15: Partizipationspyramide; Quelle: eigene Darstellung nach Reinert 2012:38	123
Abbildung 16: Das Partizipationsparadoxon; Quelle: eigene Darstellung nach Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2010:35.....	127
Abbildung 17: Elemente kommunaler Gesundheitsförderung, Quelle: eigene Darstellung nach Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg 2010:35	151
Abbildung 18: Stufen der medizinischen Gesundheitsversorgung; Quelle: eigene Darstellung	166
Abbildung 19: integrierte Primärversorgung; Quelle: eigene Darstellung.....	167
Abbildung 20: Änderungen der Gesundheitsversorgung. Quelle: Redl, B. 2016.....	169
Abbildung 21: Aufbauorganisation der Primärversorgung. Quelle: BMG 2014.....	169
Abbildung 22: Berufsgruppen in der Primärversorgungseinheit. Quelle: BMG 2014.	172
Abbildung 23: Karte Orth an der Donau; Quelle: Google Maps	185
Abbildung 24: Bevölkerung nach Altersgruppen; Quelle: eigene Darstellung	186
Abbildung 25: aktuelle Versorgungsstrukturen in Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung	187
Abbildung 26: Warteraum im PVZ Savitaipalee; Quelle: Soumi Olli (2017)	195
Abbildung 27: Kunstwerke Bromley by Bow; Quelle: eigenes Foto.....	199
Abbildung 28: Kunstwerk Bromley by Bow; Quelle: eigenes Foto.....	199
Abbildung 29: Spielplatz Bromley by Bow; Quelle: eigenes Foto.....	199
Abbildung 30: Garten Bromley by Bow; Quelle: eigenes Foto	199

Abbildung 31: Café Bromley by Bow; Quelle: eigenes Foto.....	200
Abbildung 32: Café innen Bromley by Bow; Quelle: eigenes Foto.....	200
Abbildung 33: Connect Zone Bromley by Bow; Quelle: eigenes Fotos.....	200
Abbildung 34: Tafel Connect Zone Bromley by Bow; Quelle: eigenes Fotos.....	200
Abbildung 35: Health Centre Bromley by Bow; Quelle: eigenes Foto.....	201
Abbildung 36: Ordination Bromley by Bow; Quelle: eigenes Foto.....	201
Abbildung 37: Plan Bromley by Bow; Quelle: www.bbc.org.uk.....	201
Abbildung 38, Quelle: Care Revolution Netzwerk (2018).....	208
Abbildung 39: GeKo Mobil; Quelle: Gesundheitskollektiv Berlin (2018b).....	209
Abbildung 40: Anmeldung PVZ, Quelle: Szabados (2016).....	212
Abbildung 41: Beispiel Behandlungsraum, Quelle: (ebd.).....	212
Abbildung 42: Eingangsbereich PVZ, Quelle: (ebd.).....	212
Abbildung 43: Geographische Lage-Verkehrsanbindung Quelle: Stadtgemeinde Enns (2016): 2.....	212
Abbildung 44: Schematische Darstellung Leistungsangebot SMZ Liebenau; Quelle: eigene Darstellung nach SMZ o.A.....	222
Abbildung 45: Schematische Darstellung involvierte Stakeholder-Gruppen- Projekt „sta.ges“; Quelle: eigene Darstellung nach SMZ Liebenau 2012:29.....	224
Abbildung 46: SMZ Liebenau: Frontansicht; Quelle: eigene Aufnahme 2017.....	227
Abbildung 47: SMZ Liebenau: Wartezimmer mit Geschäftsführer Dr. Wolfgang Sellitsch; Quelle: eigene Aufnahme 2017.....	227
Abbildung 48: Stadtteilzentrum Jakomini: Frontansicht; Quelle: eigene Aufnahme 2017.....	229
Abbildung 49: Stadtteilzentrum Jakomini: Multifunktionsraum; Quelle: eigene Aufnahme 2017.....	229
Abbildung 50: Methodenverknüpfung;.....	238
Abbildung 51: Lineares, qualitatives Forschungsdesign; Quelle: eigene Darstellung nach Lamnek / Krell (2016:138-140).....	241
Abbildung 52: Aktionsforschung; Quelle: eigene Darstellung.....	241
Abbildung 53: Innovationsforschung; Quelle: eigene Darstellung.....	241
Abbildung 54: Forschungsprozess GeSo Orth; Quelle: eigene Darstellung.....	243
Abbildung 55: Herausforderungen des Masterprojekts; Quelle: eigene Darstellung ..	254
Abbildung 56: Das Projektrad; Quelle: Koglin et al 2017:11.....	256
Abbildung 57: Dragon Dreaming; Quelle: Eigene Fotografie.....	256
Abbildung 58: Orth an der Donau, Sozialraumbegehung Laminger 2016.....	262
Abbildung 59: Orth an der Donau, Sozialraumbegehung, Auer 2016.....	262
Abbildung 60: Projektumweltanalyse; Quelle: eigene Darstellung.....	266
Abbildung 61: Leitfaden Expert*inneninterview Forschungsgruppe GeSo Orth; Quelle: eigene Darstellung.....	271
Abbildung 62: Ablauf Bürger*innen-Rat;.....	274
Abbildung 63: erste Visualisierung der Konzeptbausteine; Quelle: eigenes Foto	286
Abbildung 64: Konzeptbausteine GeSo Orth; Quelle: eigene Darstellung.....	287
Abbildung 65: Beispiel eines Posters aus dem Gallery Walk; Quelle: eigenes Foto ..	299
Abbildung 66: Tisch-Flipchart; Quelle: eigenes Foto.....	300

Abbildung 67: SWOT Analyse; Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Wollny / Paul (2015).....	302
Abbildung 68: Blog; Quelle: orth.gemeinwesentzentrum.at	304
Abbildung 69: Facebookauftritt; Quelle: Facebook	305
Abbildung 70: Forschungsprozess GeSo Orth; Quelle: eigene Darstellung	322
Abbildung 71: Konzeptbausteine GeSo Orth; Quelle: eigene Darstellung	324
Abbildung 72: Determinanten für Gesundheit in Orth, Quelle: eigene Darstellung.....	370
Abbildung 73: Bromley by Bow Garten Quelle: eigene Fotografien B romley-by-Bow 2017	377
Abbildung 74: Architektur Bromley by Bow, Quelle: eigene Fotografien Bromley-by-Bow 2017.....	383

Tabellen

Tabelle 1: Bevölkerung nach Alter im Jahresdurchschnitt in Österreich; Quelle: eigene Darstellung nach Statistik Austria (2018a).....	25
Tabelle 2: Auswahl an Bürger*innenbeteiligungsmethoden; Quelle: eigene Darstellung nach Arbter (2012; 2013); Ley / Weitz (2012).....	126
Tabelle 3: Partizipationsmaßnahmen im Gesundheitssystem; Quelle: eigene Darstellung nach Forster (2015:17); Kategorisierung nach Straßburger / Rieger (2014:232–233).....	132
Tabelle 4: Kosten Besuch PVZ; Quelle: Darstellung nach City of Helsinki (2018)	192
Tabelle 5: Bevölkerungsstruktur Enns 2015, Quelle: eigene Darstellung nach Land-Oberösterreich (2017).....	211
Tabelle 6: Überblick des Angebots im GHZ Enns; Quelle: eigene Darstellung nach Stadtgemeinde Enns (2017:4-12); die hausärzte (2017)	214
Tabelle 7: Präventionsangebote PVZ Enns; Quelle: eigene Darstellung nach die hausärzte (2017:Vorsorge).....	215
Tabelle 8: Formate zur externen Vernetzung im SMZ Liebenau; Quelle: eigene Darstellung.....	226
Tabelle 9: Forschungstypen; Quelle: eigene Darstellung nach van der Donk et al. (2014:28)	240
Tabelle 10: Partizipation im Forschungsprojekt; Quelle: eigene Darstellung nach von Unger (2012:63).....	248
Tabelle 11: Ausschnitt aus der Auswertungstabelle der Expert*inneninterviews vom GeSo Orth; Quelle: eigene Darstellung nach Auer-Volgtländer und Schmid (2017:133)	272
Tabelle 12: Teilnehmer*innenauswahl Bürger*innen-Rat; Quelle: eigene Darstellung	276
Tabelle 13: Teilnehmer*innen am Bürger*innen-Rat; Quelle: eigene Darstellung.....	277
Tabelle 14: Medizinische Versorgung in Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung	342
Tabelle 15: Medizinische Versorgung um Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung.....	344
Tabelle 16: Medizinisches Angebot in Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung	345
Tabelle 17: Medizinisches Angebot um Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung	346
Tabelle 18: Pflegedienste in und um Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung	346
Tabelle 19: Bildungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche; Quelle: eigene Darstellung.....	347
Tabelle 20: Kinderbetreuungsformen in Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung	347
Tabelle 21: Beratungsangebote für Orth an der Donau; eigene Darstellung.....	348
Tabelle 22: zuständige Blaublichtorganisationen für Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung.....	348
Tabelle 23: Angebote für Menschen mit Behinderungen; Quelle: eigene Darstellung	349

Tabelle 24: Wohngruppen für geflüchtete Menschen in der Nähe von Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung.....	349
Tabelle 25: zuständige Ämter für Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung.....	349
Tabelle 26: Sozialmärkte Nähe Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung.....	350
Tabelle 27: Selbsthilfegruppen in Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung	350
Tabelle 28: Sport und Bewegung in Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung.	351
Tabelle 29: Zielgruppenspezifische Angebote in Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung.....	351
Tabelle 30: Musik und Theater in Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung	352
Tabelle 31: Bildungsangebote in Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung	352
Tabelle 32: Hobby in Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung	353
Tabelle 33: Freiwilliges Engagement in Orth an der Donau; Quelle: eigene Darstellung	353
Tabelle 34: Öffnungszeiten „Geso am Wald“; Quelle: eigene Darstellung	369
Tabelle 35: Personal GeSo-Flex; Quelle: eigene Darstellung.....	381
Tabelle 36: Personelle Ausstattung Konzept D; Quelle: eigene Darstellung.....	396
Tabelle 37: SWOT Analyse; Quelle: eigene Darstellung	406

Abkürzungen

AST	Anrufsammeltaxi
BfZ	Büro für Zukunftsfragen
BMASK	Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMGF	Bundesministerium für Gesundheit und Frauen
BMLFUW	Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Umwelt und Wasser-
	Wirtschaft
bspw.	Beispielsweise
bzgl.	Bezüglich
ca.	cirka
CARN	Collaborative Action Research Network
DFA	Dynamic Facilitation Associates
CfWD	Center for Wise Democracy
DGKP	Diplomierte*r Gesundheits- und Krankenpfleger*in
EWSA	Europäischer Wirtschafts- und Sozialausschuss
etc.	et cetera
e.V.	eingetragener Verein (nur in Deutschland)
FF	Freiwillige Feuerwehr
FH	Fachhochschule
GB*	Gebietsbetreuung Stadterneuerung
ggf.	gegebenenfalls
GfG	Gesundheitsförderungsgesetz
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GRUG	Gesundheitsreformumsetzungsgesetz
GUK	Gesundheits- und Krankenpfleger*innen
GWA	Gemeinwesenarbeit
ICPHR	International Collaboration for Participatory Health Research
IFSW	International Federation of Social Workers
inkl.	inklusive
IST	Innovatives Anrufsammeltaxi
IUA	International Union of Architects
KG	Kindergarten
LA21	Lokale Agenda 21
MTD	Medizinisch technischer Dienst
NDA	National Disability Authority (Irland)
NGO	Nichtregierungsorganisation (engl. non-governmental organization)
NMS	Neue Mittelschule
NÖ	Niederösterreich
OG	offene Gesellschaft
ÖGUT	Österreichische Gesellschaft für Umwelt und Technik
ÖEFOP	Österreichische Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen
ÖROK	Österreichische Raumordnungskonferenz
OBDS	Österreichische Berufsverband der Sozialen Arbeit

PartNet	Netzwerk für Partizipative Gesundheitsforschung
PSD	Psychosozialer Dienst
PSZ	Psychosoziale Zentren GmbH
PV	Primärversorgung
PVE	Primärversorgungseinheit
PVZ	Primärversorgungszentrum
RS	Rettungssanitäter*in
SÖB	Sozialökonomischer Betrieb
TZ	Teilzeit
USA	United States of America
VS	Volksschule
VZ	Vollzeit
usw.	und so weiter
W-LAN	Wireless Lan (Kabellose Internetverbindung)
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WIG	Wiener Gesundheitsförderung
WSD	Wiener Sozialdienste
z.B.	zum Beispiel

Glossar

1450

Diese Nummer steht für den Namen der telefonischen Gesundheitsberatung von Notruf 144. Die Hotline ist kostenlos und rund um die Uhr erreichbar. Gesundheits- und Krankenpfleger*innen beraten die Anrufer*innen in allen gesundheitlichen Belangen und verweisen ggf. an andere Gesundheits- und Sozialdienstleister weiter.

Anamnese

Die Anamnese ist die professionelle Erfragung und Datensammlung von Patient*innen und Nutzer*innen zu relevanten Informationen durch Fachpersonal.

Anwaltschaftliche Vertretung

In der Sozialen Arbeit bedeutet anwaltschaftliche Vertretung oder auch Parteilichkeit, die gesellschaftlichen Verhältnisse kritisch zu hinterfragen und sich auf die Seite benachteiligter Personen und Personengruppen zu stellen. Soziale Arbeit tut dies, indem sie deren Emanzipation fördert, deren Interessen unterstützt bzw. schützt und versucht, ungleiche Machtverhältnisse zwischen Personen oder Personengruppen auszubalancieren (vgl. Stoik 2013:104-106).

Literatur:

Stoik, Christoph (2013): Gemeinwesen und Parteilichkeit. In: Bakic, Josef / Diebäcker, Marc / Hammer, Elisabeth (Hg.): Aktuelle Leitbegriffe der Sozialen Arbeit. Ein kritisches Handbuch. Band 2, Wien: Löcker, 94–111.

Barrierefreiheit

Die Umwelt von Menschen soll so gestaltet sein, dass sie die Bedürfnisse aller berücksichtigt. Keine Personengruppe soll aufgrund der Gestaltung, Ausführung oder Zugangsweise von der Nutzung ausgeschlossen werden (vgl. Bundeskompetenzzentrum Barrierefreiheit o.A.). Der Begriff Barrierefreiheit wird häufig in Zusammenarbeit mit der Umsetzung der Behindertenrechtskonvention CRPD verwendet. Diese fordert beispielsweise in Artikel 27 freien Zugang zum Arbeitsmarkt und die Möglichkeit, den Lebensunterhalt durch Arbeit zu verdienen (vgl. UN-Behindertenrechtskonvention o.A.a) oder in Artikel 24, das Recht auf Bildung für Menschen mit Behinderung (vgl. UN-Behindertenrechtskonvention o.A.b). Auf der Suche im Internet findet man den Begriff Barrierefreiheit in sämtlichen Lebensbereichen wie z.B. barrierefreies Bauen und Wohnen, barrierefreies Arbeiten, barrierefreie Medien, barrierefreie Veranstaltungen, barrierefreie Kommunikation, barrierefreie Bildung,

barrierefreies Reisen. In diesem Sinne möchte die Verwendung des Begriffes Barrierefreiheit einen inklusiven und gleichberechtigten Zugang zu sämtlichen, notwendigen Angeboten bekräftigen.

Literatur:

BKB-Bundekompetenzzentrum Barrierefreiheit (o.A.): Barrierefreiheit. http://www.barrierefreiheit.de/bgg_barrierefreiheit.html [2.4.2018].

UN-Behindertenrechtskonvention (o.A.a) : Arbeit und Beschäftigung. <https://www.behindertenrechtskonvention.info/arbeit-und-beschaeftigung-3921/> [2.4.2018].

UN-Behindertenrechtskonvention (o.A.b): Bildung. <https://www.behindertenrechtskonvention.info/bildung-3907/> [2.4.2018].

Bürger*innen-Rat / Bürger*innen-Café

Eine Methode, mit der Bürger*innen sich rasch und einfach an der Gestaltung und Entwicklung ihrer Nachbarschaft, Gemeinde, Stadt oder Region beteiligen können. Die zwölf bis fünfzehn Bürger*innen-Räte werde nach dem Zufallsprinzip ausgewählt, damit ein möglichst typischer Querschnitt der Bevölkerung einbezogen wird. Der Bürger*innen-Rat arbeitet ein- bis eineinhalb Tage miteinander (vgl. Initiative Allianz für Beteiligung e.V. 2016:18). Zu Themen, die vielen Menschen wichtig sind, werden Sichtweisen, Ideen und Empfehlungen diskutiert und in einer gemeinsamen Abschlusserklärung festgehalten. Diese Erklärung wird in einer eigenen Veranstaltung, dem Bürger*innen-Café, der Öffentlichkeit vorgestellt und weiter diskutiert (vgl. BfZ o.A.). Durch eine Resonanzgruppe aus Vertreter*innen von Politik und Verwaltung wird sichergestellt, dass die Ergebnisse aus dem Bürger*innen-Rat und Bürger*innen-Café in die politischen Entscheidungsprozesse eingebunden werden (vgl. BfZ 2014:26).

Literatur:

BfZ – Büro für Zukunftsfragen (o.A.): Was ist ein BürgerInnen-Rat? http://www.vorarlberg.at/vorarlberg/umwelt_zukunft/zukunft/buerofuerzukunftsfragen/neuigkeiten_ohne_bild_buergerbeteiligung/buergerinnen-raeteinvorar/wasisteinbuergerinnen-rat.htm [12.11.2017].

BfZ – Büro für Zukunftsfragen (2014): Bürgerräte in Vorarlberg. Eine Zwischenbilanz. http://www.vorarlberg.at/pdf/zwischenbilanz_buergerrae.pdf [12.11.2017].

Initiative Allianz für Beteiligung e.V. (Hg.) (2016): (NEU)LAND GESTALTEN! Methoden und Praxisbeispiele für Bürgerbeteiligung in kleinen Städten und Gemeinden. http://www.netzwerk-buergerbeteiligung.de/fileadmin/Inhalte/thementeam/laendlicher_raum/AfB-Methodenhandbuch_WEB.pdf [10.06.2017].

Case-Management

Case Management ist eine Methode, um eine individuell zugeschnittene Einzelberatung und Unterstützung zur gewährleisten. Case-Manager*innen dienen als Schnittstelle und vermitteln Kontakte im Sinne ihrer Klient*innen und ihrer Hilfeplanung. Die Selbstständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Klient*innen wird nicht beschränkt.

Community Ownership

Community Ownership beschreibt in Anlehnung an die Soziologin von Unger (2014:32), dass ein Projekt, ein Betrieb etc. zum Anliegen eines Gemeinwesens werden kann, wenn Macht und Kontrolle über dieses Projekt, den Betrieb etc. an das Gemeinwesen übertragen wurden. Die Menschen beginnen, sich dafür verantwortlich zu fühlen und damit zu identifizieren. Es wird zum gemeinsamen Besitz.

Literatur:

von Unger, Hella (2014): Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis. Wiesbaden: Springer VS.

Empirische Sozialforschung

Die empirische Sozialforschung versucht, auf Basis von Erfahrungen und Wahrnehmungen auf Gesetzmäßigkeiten in der sozialen Wirklichkeit zu schließen (vgl. Lamnek / Krell 2016:699). Dazu bedient sie sich verschiedenster standardisierter Methoden der Datenerhebung.

Literatur:

Lamnek, Siegfried / Krell, Claudia (2016): Qualitative Sozialforschung. 6. überarbeitete Auflage, Weinheim, Basel: Beltz Verlag.

Empowerment

Unter Empowerment werden Prozesse verstanden, die die Selbstbestimmung und Selbstermächtigung von Menschen fördern. In diesen Prozessen wird der Zusammenhang zwischen Individuum, sozialer Gruppe und Gesellschaft berücksichtigt (vgl. Herriger 2014: 20).

Literatur:

Herriger, Norbert (2014): Empowerment in der Sozialen Arbeit. 5. Auflage. Stuttgart: W. Kohlhammer.

First Responder

Es handelt sich hierbei um eine sanitäts- oder rettungsdienstlich ausgebildete Person, die in der Regel von der Leitstelle (z.B. Notruf 144) zu einem Einsatz alarmiert wird und die Zeit bis zum Eintreffen des Rettungsmittels mit medizinischen Basismaßnahmen überbrücken soll. Sollte sich herausstellen, dass doch kein Rettungsmittel erforderlich ist, kann dieses vom First Responder auch wieder storniert werden.

Gemeinwesenarbeit

Die Gemeinwesenarbeit ist ein Konzept der Sozialen Arbeit. Sie nimmt die Lebenszusammenhänge von Menschen ganzheitlich in den Blick mit dem Ziel, die materiellen, infrastrukturellen und immateriellen Lebensbedingungen mit den Betroffenen zu verbessern. Dabei werden individuelle und strukturelle Aspekte mit Bezug auf den jeweiligen Sozialraum bearbeitet. Sie fördert die Handlungsfähigkeit und Selbstorganisation der Betroffenen sowie den Aufbau von Netzwerken und Strukturen zur Zusammenarbeit. Gemeinwesenarbeit ist sowohl auf Bildungsarbeit als auch auf Sozial- und Lokalpolitik ausgerichtet (vgl. Stövesand / Stoik 2013:21).

Literatur:

Stövesand, Sabine / Stoik, Christopher (2013): Gemeinwesenarbeit als Konzept Sozialer Arbeit – eine Einleitung. In: Stövesand, Sabine / Stoik, Christopher / Troxler, Ueli (Hg.): Handbuch Gemeinwesenarbeit. Traditionen und Positionen, Konzepte und Methoden. Deutschland – Schweiz – Österreich. Opladen, Berlin, Toronto: Verlag Barbara Budrich, 14–36.

Gesundheit

In diesem Handbuch bezieht sich der Begriff „Gesundheit“ auf einen umfassenden, ganzheitlichen Gesundheitsbegriff. Dieser sieht den Menschen in und mit seinem Umfeld. Gesundheit ist demnach „[...] eine Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung [...], durch die ein positives seelisches und körperliches Befinden – insbesondere ein positives Selbstwertgefühl – und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wiederhergestellt wird“ (Badura / Hehlmann 2003:13).

Literatur:

Badura, Bernhard / Hehlmann, Thomas (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation. 1.Auflage, Berlin / Heidelberg: Springer-Verlag.

Hospitalisierung

Als Hospitalisierung wird die Aufnahme von Patient*innen in ein Krankenhaus bezeichnet.

Inklusion

Das Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung (2013) definiert den Begriff „Soziale Inklusion“ als „die Möglichkeit der Nutzung und Mitgestaltung der gesellschaftlichen und sozialen Prozesse, wie jene der Produktion, Reproduktion, Kommunikation und Rekreation als Grundlage für eine selbstbestimmte Lebensführung“; wobei es unterschiedliche Ideen zu und Konzepte von Inklusion gibt (vgl. Felder / Schneiders 2016:8). Gemeinsam ist ihnen, dass Sonderwelten für Menschen mit Beeinträchtigung abgebaut (vgl. Meins 2011:457) und „totale Institutionen“ verhindert werden sollen. Eine totale Institution ist gekennzeichnet durch die Nicht-Trennung der drei Lebensbereiche Wohnen, Freizeit und Arbeit. Alle Aktivitäten finden am selben Ort und unter derselben Obrigkeit in Gruppen statt (vgl. Goffman 1972:17-18). Die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen hat Inklusion als politischen Reformbegriff (vgl. Meins 2011:457) ins Zentrum der Diskussion um passende Formen der Unterstützung für Menschen mit Behinderungen gerückt. Gemäß Artikel 19 der Konvention haben Menschen mit Behinderungen das Recht mit gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere Menschen in der Gemeinschaft zu leben.

Literatur:

Felder, Marion / Schneiders, Katrin (2016): Inklusion kontrovers. Herausforderungen für die Soziale Arbeit. Schwalbach: Wochenschau Verlag.

Goffman, Erwing (1972): Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung (2013): Inklusion. <http://inclusion.fhstp.ac.at/index.php/ueberdasinstitut/inklusion> [18.04.2018].

Meins, Anna (2011): Systematisierung und begriffliche Bestimmung von Inklusion. In: Theorie und Praxis der sozialen Arbeit. 62 (6), 456–463.

Interprofessionelle Zusammenarbeit

Interprofessionelle Zusammenarbeit wird die Zusammenarbeit von verschiedenen beteiligten Professionen in der Fallarbeit genannt. Professionen im Bereich der Primärversorgung können zum Beispiel jene der Medizin, Pflege, Therapie oder Sozialen Arbeit umfassen. Um eine optimale Versorgung zu gewährleisten, bedarf es an der Klarheit über Aufgabenverteilungen, Kompetenz- und Verantwortungsbereiche. Es benötigt eine gemeinsame Sprache und Sichtweise in Bezug auf die Fallarbeit.

Klient*innen

Leistungsempfänger*innen Sozialer Arbeit werden zumeist als Klient*innen bezeichnet. Dies geschieht in Abgrenzung zu Patient*innen, also Menschen, die medizinische Leistungen in Anspruch nehmen. Die Verwendung des Begriffs ist in der Fachwelt seit den 1990er-Jahren umstritten, da das Wort auf die lateinische Bezeichnung „cliens“ zurückgeht, die mit „der Schutzbefohlene“ oder „der Hörige“ übersetzt wird. Kritiker*innen beklagen, dass der Begriff Klient*in damit einem Verhältnis auf Augenhöhe zwischen Sozialarbeiter*in und Leistungsempfänger*in entgegenstehen würde (vgl. Stark 2006:1-2). Menschen, die die verschiedenartigen Angebote eines Gemeinwesenzenentrums in Anspruch nehmen, werden in der vorliegenden Arbeit vornehmlich als Nutzer*innen bezeichnet.

Literatur:

Stark, Christian (2006): Klient oder Kunde? Kritische Überlegungen zum Kundenbegriff in der Sozialen Arbeit. In: <http://www.sozialarbeit.at/archiv.php?documents=true&get-Doc=196289fc7fd190ef281d587605cc1bca> [27.03.2018].

Nachgehende bzw. aufsuchende Sozialarbeit

Darunter wird die Handlungsweise verstanden, dass Sozialarbeiter*innen ihre Adressat*innen in ihren Lebenswelten und Sozialräumen aufsuchen. Es wird eine Geh-Struktur anstelle einer Komm-Struktur verfolgt, in deren Rahmen die Adressat*innen die Sozialarbeiter*innen bei Hilfebedarf aufsuchen müssen (vgl. Maly 2017:134).

Literatur:

Maly, Dieter (2017): Der Hausbesuch. In: Kreft, Dieter / Müller, Wolfgang C. (Hg.): Methodenlehre in der Sozialen Arbeit. Konzepte, Methoden, Verfahren, Techniken. 2., überarbeitete Auflage, München: Ernst Reinhardt Verlag, 134-136.

Niederschwellig/Niedrigschwelligkeit

In der Sozialen Arbeit gebräuchlich, bedeutet dieser Begriff eine einfache Zugänglichkeit von Hilfsangeboten für alle. Häufig wird dieser in Verbindung mit sozialen Hilfen für schwer erreichbare Zielgruppen verwendet (vgl. Mayrhofer 2012). Im vorliegenden Text wird unter Niederschwelligkeit oder niedrigschwelligem Angebot ein einfacher, barrierefreier Zugang zu Angeboten und Ressourcen für Nutzer*innen verstanden.

Literatur:

Mayrhofer, Hemma (2012): Niederschwelligkeit in der Sozialen Arbeit. Funktionen und Formen aus soziologischer Perspektive. Wien / Wiesbaden: Springer VS, 9–10.

Notruf 144

ist der Name der niederösterreichischen Rettungsdienstleitstelle, die dienststellenübergreifend für mehrere Organisationen fungiert. Sie ist unter der gleichnamigen Nummer erreichbar.

Nutzer*innen

Als Nutzer*innen werden im Rahmen des Forschungsprojektes GeSo Orth Personen definiert, die Angebote des Gemeinwesenzentrums mit integrierter Gesundheitsversorgung GeSo Orth in Anspruch nehmen. Nutzer*innen ist daher ein Sammelbegriff. Patient*innen, die eine medizinische Behandlung benötigen, bilden lediglich eine Teilmenge der Nutzer*innen. Personen, die Hilfsangebote der Sozialen Arbeit in Anspruch nehmen, werden als Klient*innen bezeichnet (vgl. Pantuček 2012:62-63).

Literatur:

Pantuček, Peter (2012): Soziale Diagnostik. Wien: Böhlau.

OBDS – Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit

Der Österreichische Berufsverband der Sozialen Arbeit, kurz OBDS, ist in Österreich seit 1919 tätig. Diese Vereinigung ist eine Interessensvertretung der Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen in Österreich, unabhängig davon, ob diese sich in Ausbildung, Anstellung oder in Ruhestand befinden bzw. selbstständig sind. Eine wesentliche Aufgabe ist die Beratung und Unterstützung von Mitgliedern in berufspolitischen Fragen sowie die Lobbyarbeit auf politischer und gesetzlicher Ebene (OBDS o.A.).

Literatur:

OBDS – Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit (o.A.): Handlungsfelder. http://www.sozialarbeit.at/index.php?article_id=100&clang=0 [Zugriff: 06.02.2018]

Public Health

Public Health ist ein anwendungsorientierter Bereich der Gesundheits- und Sozialwissenschaften, der sich mit Gesundheit und Krankheit beschäftigt und Teil der sozialmedizinischen Forschung. „Wissenschaftliche, praxisbezogene und politische Anstrengungen werden mit dem Ziel verbunden, die Gesundheit von Populationen zu fördern und die Gesundheitssysteme bedarfsgerechter und ökonomischer zu gestalten.“ (Österreichische Gesellschaft für Public Health 2018).

Literatur:

Österreichische Gesellschaft Public Health (2018): Public Health in Österreich. Was ist Public Health. <https://oeph.at/node/2> [10.02.2018].

Ressource

Im sozialarbeiterischen Kontext wird Ressource als Fähigkeit, Kompetenz oder Stärke der Klient*innen oder eines Systems verstanden. Ressourcen können auch materiell und personell sein.

Sozialraum

Der Sozialraum ist im Vergleich zu einem geografischen Gebieten nicht begrenzt. Es ist ein sozial konstruierter Raum, der sich auf die Lebenswelten einzelner oder vieler Adressat*innen fokussiert und innerhalb dieser die Beziehungen aller in den Fokus nimmt (vgl. ÖGUT o.A.). Der Sozialraum bezieht das auf die Adressat*innen bezogene jeweilige Umfeld, ihre Netzwerke, Personen, politische Rahmenbedingungen etc. mit ein. Somit ermöglicht der Begriff des Sozialraums, die Fallarbeit auf mehreren Ebenen zu bedienen (vgl. Früchtel / Budde / Cyprian 2013:11-12). Beim Sozialraum wird das ganze Feld der Adressat*innen bei der Problemanalyse herangezogen und nicht nur einzelne Beziehungen (vgl. Wendt 2009:225).

Literatur:

Früchtel, Frank / Budde, Wolfgang / Cyprian, Gudrun (2013) (Hg.): Sozialer Raum und Soziale Arbeit. Fieldbook: Methoden und Techniken. 3. Auflage, Wiesbaden: Springer VS.

ÖGUT – Österreichische Gesellschaft für Umwelt und Technik (o.A.): Sozialraum und Sozialraumanalysen. <http://www.partizipation.at/sozialraum.html> [Zugriff: 15.03.2018].

Wendt, Wolf Rainer (2009): Handlungstheorie der Profession oder Theorie der Wohlfahrt? Erörterung zum Gegenstandsbereich der Wissenschaft Sozialer Arbeit. In: Birgmeier, Bernd / Mührel, Eric (Hg.): Die Sozialarbeitswissenschaft und ihre Theorie(n). Positionen, Kontroversen, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 219–230.

Soziale Arbeit

Die Soziale Arbeit konzentriert sich auf Soziale Probleme eines Einzelnen, einer Gruppe oder einer ganzen Gemeinschaft. In erster Linie bietet sie Hilfe und Beratung für jene, die sich in einer belastenden Lage befinden, aus der sie selbst sich nicht befreien können. Die Soziale Arbeit steht unterstützend und beratend zur Seite, und versucht mit den Hilfesuchenden gemeinsam, die Problemsituation zu beseitigen (vgl. Röh 2013:15).

Literatur:

Röh, Dieter (2013). Soziale Arbeit, Gerechtigkeit und das gute Leben. Wiesbaden: Springer VS.

Soziales Netzwerk

Das soziale Netzwerk beschreibt Personengruppen, in die der Mensch eingebunden ist. Dabei wird zwischen informellen Netzwerken (Familie, Freunde, Nachbarschaft) und formellen Netzwerken (Vereinen, Gruppen, Organisationen) unterschieden. Soziale Netzwerke können in primäre (Familienangehörige, Verwandte, Nachbarschaft und Freunde), sekundäre (Vereine, Selbsthilfegruppen, Verbände) und tertiäre (Ärzt*innenpraxen, Krankenhäuser, Beratungsstellen) Ebenen gegliedert werden.

Soziales Problem

Als soziales Problem wird die Situation von Personen, Gruppen oder Gemeinschaften zusammengefasst, wenn diese von (Teil-)Exklusion in gesellschaftlichen, politischen, wirtschaftlichen, rechtlichen oder sozialen Bereichen betroffen sind und deshalb gehindert werden, ihre Ziele zu verfolgen bzw. zu erfüllen. Personen oder Gruppen werden in ihrer Lebensführung negativ beeinflusst und können die Diskrepanz zwischen dem Soll- und dem Ist-Zustand nicht reduzieren (Groenemeyer 2015:1499).

Literatur:

Groenemeyer, Axel (2015): Soziale Probleme. In: Otto, Hans-Uwe / Thiersch, Hans (Hg.): Handbuch Soziale Arbeit. 5. Auflage, München: Ernst Reinhardt GmbH & Co KG Verlag, 1499–1514.

Triage

Dieser Begriff aus der Medizin beschreibt die Sichtung und Einteilung der Versorgung von Patient*innen durch Fachpersonal. Die Triage dient dazu, die Patient*innen zeitgerecht der notwendigen Behandlung zuzuführen.

Soziale Determinanten von Gesundheit

Der Gesundheitszustand ist abhängig von den Umständen, unter denen Menschen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und altern. Teilweise ist es möglich, diese mitzugestalten und zu steuern, einigen Faktoren ist man aber ausgesetzt. Diese bestimmenden Elemente, die das Leben und die Gesundheit beeinflussen, werden in den Gesundheitswissenschaften als soziale Determinanten der Gesundheit bezeichnet (vgl. Klemperer 2015:29).

Literatur:

Klemperer, David (2015): Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. 3., überarbeitete Auflage, Bern: Hogrefe.

Anhang

Projektplan

„Titel des Forschungsprojekts“

(Redelsteiner o.A., in Anlehnung an Patzak/Rattay 2014)

Inhalt

	Seite
1	Projektexpose 437
2	Projektbetrachtungsobjekteplan 439
3	Projekt-Umweltanalyse 440
4	Projektbegriffe 441
5	Projektmeilensteinplan 442
6	Projektrisiken 443
7	Projektorganisation 444
8	Projektkommunikationsstrukturen..... 445
9	SWOT Analyse 446
10	Einschätzung des Projektplanes 447
11	Projektevaluation 448

1 Projektexpose

1. Projekt-Langtitel
2. Ausgangssituation
Was ist der Auslöser für dieses Projekt? Warum wird das Projekt gemacht?
Wie lautet die Problemstellung?
Welche Vorerfahrungen/Vorarbeiten gibt es bereits?
3. Projektziele
Was soll mit dem Projekt bewirkt werden?
Welche Produkte sollen am Ende vorliegen?
4. Projektschritte
Welche Hauptaufgaben müssen erledigt werden, um das Ziel zu erreichen?
1. Literaturrecherche, internationale Situationsanalyse, gesetzliche Grundlagen
2. Kommunikationsstrukturen
3. Einigung Forschungsdesign
4. Struktur Forschungsdesign
5. Verallgemeinerbare Thesen
6. Ergebnisvorstellung

Verantwortliche/r Firma/Bereich (bitte ankreuzen)			
Intern	X	X	
5. Wurden bereits Vorgespräche geführt?			
6. Vorschlag für Projektteam			
PL:			
PL-Stv.:			
PTM:			
7. Wann? Zeitlicher Rahmen (z.B.: Planungsbeginn, Durchführungsbeginn, Dauer, ...)			
8. Finanzielle Ressourcen (z.B.: Kosten, Erträge, Rentabilität, ...), ...)			
9. Personelle Ressourcen (z.B.: Know-how, Stundenausmaß, Verfügbarkeit, ...)			
10. Personelle Ressourcen (z.B.: Know-how, Stundenausmaß, Verfügbarkeit, ...)			
Kritische Erfolgsfaktoren: Was könnte das Projekt am ehesten zum Scheitern bringen oder besonders fördern?			
Ort, Datum			

2 Projektbetrachtungsobjekteplan

PROJEKT BETRACHTUNGS- OBJEKTEPLAN	
Objektart	Betrachtungsobjekt
Kooperationspartner	
Projektkoordination	
Infrastruktur	
Personal	
Schulungen	-
Rechtliches Umfeld	-
Literatur	-
Finanzen	-

6 Projektrisiken

Arbeitspaket	Risiken Sachlich	Risiken Terminlich	Risiken Finanziell	Auswirkungen auf Arbeitspaket	Vorbeugende Maßnahmen
Projekt gestartet					
Projekt abgeschlossen					
Bestandsaufnahme abgeschlossen					
Studiendesign erstellt					
Erhebungsinstrumente erstellt					
Erhebungen geplant					

7 Projektorganisation

PROJEKTORGANISATION		
Projektrolle	Name	Aufgaben
Projektauftraggeber*innen		
Projektleitung		
Projektteam		

9 SWOT Analyse

Stärken (Strengths)	Schwächen (Weakness)
Chancen (Opportunities)	Risiken (Threats)

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Wollny/Volrad (2015)

10 Einschätzung des Projektplans

Kriterium	Bewertung		
	Ausprägung	Qualität	Kommentar
Projekteingrenzung			
Ziele			
Leistungsmerkmale			
Projektorganisation			
Projektmitglieder			
Informationssystem			
Phasen und Meilensteine			
Hauptaktivitäten			
Zeitraumen			
Kosten			
Evaluierungsverfahren			

11 Projektevaluation

Kriterium	Kriterium	Anmerkung
Vision	Was war die gemeinsame Zielvorstellung? Wie wird dem gegenüber das Ergebnis eingeschätzt?	
Zeitplan	Dringlichkeit (Realisierungsgeschwindigkeit) des Projekts	
Zielplanung	Gab es Klarheit bzgl. der (gemeinsamen) Ziele?	
Projektsteuerung	Projekt-Leitung, Organisation, Rollen, Abstimmung im Team?	
Qualität	Was ist gut gelungen im Projekt (Warum?)	
Mitarbeiter*innen	Verantwortlichkeiten / Zuständigkeiten im Projekt?	

Quelle:

Redelsteiner, Christoph (o.A.) in Anlehnung an Patzak, Gerold / Rattay, Günter (2014): Projektmanagement. Leitfaden zum Management von Projekten, Projektportfolios und projektorientierten Unternehmen. 6. aktualisierte Auflage, Wien: Linde Verlag.

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Oliver Auer**, geboren am **10.10.1977** in **Graz**, erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der 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, 27.04.2018



Unterschrift

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Sandra Herold**, geboren am **09.06.1991** in **Melk an der Donau**,
erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der 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, 27.04.2018



Unterschrift

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Sarah Maria Laminger**, geboren am **25.09.1990** in **Eisenstadt**,
erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der 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, 27.04.2018

Sarah Maria Laminger

Unterschrift

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Marlies Presser**, geboren am **03.11.1978** in **Villach**, erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der 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, 27.04.2018



Unterschrift

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Patricia Renner**, geboren am **04.06.1982** in **St. Pölten**, erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der 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, 27.04.2018

Unterschrift

Patricia Renner

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Magdalena Seidl**, geboren am **26.05.1990** in **Bad Reichenhall**, erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der 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, 27.04.2018

Unterschrift

Seidl Magdalena

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Lisa Stöger**, geboren am **29.11.1992** in **Wien**, erkläre,

1. dass ich diese Masterthese bzw. die in meiner Verantwortung stehenden Abschnitte der 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, 27.04.2018



Unterschrift