

Sozialmedizinisches Zentrum Liebenau - gelebtes Konzept gesundheitsförderlicher, interdisziplinärer Primärversorgung im kommunalen Setting

**Ein Modell für die gesundheitlichen und sozialen
Herausforderungen des 21. Jahrhunderts**

Annemarie Brunner
Matrikelnr.: 8411108

Masterarbeit
zur Erlangung des akademischen Grades:
Master of Public Health
Universitätslehrgang Public Health
Medizinische Universität Graz

Betreuer: Dr. med. Martin Sprenger, MPH

Graz, am Dienstag, 10. September 2013



Postgraduate School

Medizinische Universität Graz

Abstrakt

Die WHO Europa erwartet aufgrund prognostizierter sozio-demographischer Veränderungen für das 21. Jahrhundert eine Zunahme von Versorgungsleistungen im Gesundheitswesen. Österreichs Gesundheitsausgaben liegen derzeit mit rund 11% des BIP über dem EU Schnitt (9,5%). Die Herausforderung für die Gesundheitspolitik ist es daher, auch zukünftig ein faires und leistbares Gesundheitssystem zu gewährleisten. Dabei wird der Fokus auf den „Best Point of Service“ gelegt, um eine Unter- Über- oder Fehlversorgung und damit einhergehende volkswirtschaftliche Mehrkosten zu vermeiden. Aus diesem Grund sieht die Österreichische Gesundheitsreform 2013 u.a. den Ausbau der Primärversorgung vor. In Zukunft wird es, gerade in diesem Bereich, verstärkt zur interdisziplinären Zusammenarbeit kommen müssen. Die WHO fordert seit Jahrzehnten einen Ausbau von „Primary Health Care“ im Gesundheitswesen. Dadurch sollen möglichst lebensnah Gesundheitsförderung und Prävention koordiniert werden, ebenso wie die Pflege und medizinische Versorgung chronisch Kranker.

Das Sozialmedizinische Zentrum Liebenau stellt seit rund 30 Jahren eine gesundheitsförderliche, interdisziplinäre Versorgungseinrichtung im kommunalen Setting dar. Partizipation, Selbstbestimmung und Entwicklung von personellen gesundheitlichen sowie sozialen Fähigkeiten der BürgerInnen im Bezirk, sind Teil der täglichen Arbeit. Der Aktionsradius des SMZ Liebenau geht dabei über die rein medizinische Versorgung hinaus.

Diese Masterarbeit beschreibt das SMZ Liebenau und geht der Frage nach, ob hier ein geeignetes Versorgungsmodell, entsprechend den WHO Empfehlungen, für die gesundheitlichen und sozialen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts besteht. Die Themenstellung wird anhand einer umfangreichen Literaturliste aufbereitet. Recherchen im Arbeitsumfeld, die Sichtung von Sekundärdaten sowie eine Interviewführung mit den Akteuren des SMZ Liebenau ergänzen diese Arbeit.

Schlüsselwörter

Gesundheitssystem, Sozio-Demographie, Gesundheitsversorgung, Primärversorgung, Primary Health Care, Gesundheitsförderung im kommunalen Setting, Gesundheit, Determinanten von Gesundheit, Partizipation, Empowerment, Advocacy, Netzwerkbildung, Sozialmedizinisches Zentrum Liebenau.

Abstract

Due to the expected socio-demographic changes in the 21st century an increase in benefits in health care is predicted by the WHO Europe. At present, health spending in Austria is around 11% of GDP, significantly above the European Union (9.5%) average. Therefore, the challenge for health policy is to ensure a fair and affordable health system for future generations. For that purpose the focus is placed on the "best point of service" to avoid under- or oversupply failure that may lead to high extra costs.

For this reason, the Austrian Health Reform 2013 provides inter alia the promotion of primary health care. In future there will be a strong need for interdisciplinary collaboration, especially in this field. For decades the WHO has been asking for an expansion of "Primary Health Care". Thus the coordination of health care promotion and disease prevention as well as nursing and medical care for chronic diseases should be ensured.

The social-medical center Liebenau is a health promoting, interdisciplinary care facility in the municipal setting. Part of the daily work is participation, self-determination and promotion of human health as well as social skills of the citizens. The scope of action of SMZ Liebenau is far beyond the pure medical care.

This thesis describes the SMZ Liebenau and explores the question whether it is a useful model of care according to the WHO recommendations for the health and social challenges of the 21st Century. Moreover this thesis contains a comprehensive literature review, on-site research, and structured interviews with health care providers of the social-medical center Liebenau.

Key Words:

Health care system, socio demographics, primary care, primary health care, health promotion in the municipal setting, health, determinants of health, participation, empowerment, advocacy, networking, SMZ Liebenau.

Vorwort und Danksagung

„In the 21st century, health is mainly about people and how they live and create health in the context of their everyday lives. This requires a new perspective on the governance of health and well-being. To date, much of the discussion on health in all policies and intersectoral action for health starts from the health perspective and builds on the evidence that the most important determinants of health are found in sectors other than health.“ (Kickbush/Gleicher in WHO 2012, Governance for Health in the 21. Century).

Nach langjähriger Tätigkeit im klinisch stationären Bereich halte ich fest, dass mein Berufsalltag beinahe ausschließlich von Krankheitsbewältigung und „Reparaturarbeit“ geprägt ist. Der Blick auf Pathologie und Pathogenese ist ein alltäglicher, die Frage: „Was erhält uns gesund?“ eine kaum gestellte. Was passiert mit PatientInnen, wenn sie aus dem Krankenhaus entlassen werden? Warum werden sie nicht „gesünder“, trotz der vielen Leistungen, der hohen Kompetenz und des großen Aufwandes in den Spitälern des Landes? Warum beschleicht Angehörige der Gesundheitsdienste oftmals ein Gefühl gegen Windmühlen zu kämpfen? Liegt der Lösungsansatz für viele derartige Fragen außerhalb unserer hochspezialisierten und technisierten Berufswelt? Auf der Suche nach Antworten begab ich mich auf eine spannende Reise, die mir das Public Health Studium an der Medizinischen Universität Graz ermöglichte. Es eröffnete sich mir ein völlig neuer und weitreichenderer Blick auf unser Gesundheitssystem, auf Gesundheit und Krankheit sowie auf die Menschen, für deren Wohlbefinden es gilt gemeinsam auf allen Ebenen und in unterschiedlichen Sektoren zu arbeiten.

In diesem Sinne bedanke ich mich beim Lehrgangsteam und meinen StudienkollegInnen für eine für mich besonders wertvolle Aus- und Weiterbildungszeit; bei meinem Arbeitgeber, da mir ein berufsbegleitendes Studium ermöglicht wurde und von ganzem Herzen bei meiner Familie für die Unterstützung und Ermutigung noch einmal das „Studentenleben“ zu genießen.

Ich bedanke mich bei Martin Sprenger für die Betreuung dieser Masterarbeit und beim Team des SMZ Liebenau für die freundliche und kompetente Unterstützung.

Erklärung

Hiermit erkläre ich eidesstattlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unerlaubte fremde Hilfe verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt bzw. die wörtlich und sinngemäß entnommenen Stellen anderer AutorInnen als solche kenntlich gemacht habe.

Ort/ Datum

Unterschrift

Inhaltsverzeichnis

Abstrakt.....	2
Abstract.....	3
Vorwort und Danksagung.....	4
Erklärung.....	5
Inhaltsverzeichnis.....	6
Abbildungsverzeichnis.....	8
1 Einführung.....	9
1.1 Hintergrund.....	9
1.2 Einleitung.....	12
1.3 Methode.....	14
2 Primärversorgung.....	16
2.1.1 Meilensteine der Europäischen Primärversorgung.....	17
2.1.2 Primary Health Care – „Gesundheit für alle“.....	22
2.1.3 Primärversorgung – Handlungsbedarf.....	25
2.1.4 Primärversorgung in Österreich.....	26
2.2 Das SMZ Liebenau.....	31
2.2.1 Struktur und Angebot.....	33
2.2.2 Arbeitsgrundsätze, Ziele und Leitbild.....	36
2.2.3 Interdisziplinäre Teamarbeit unter einem Dach.....	39
2.2.4 Das SMZ Liebenau im Spiegel von PHC.....	41
3 Kommunale Gesundheitsförderung und Stadtteilarbeit.....	45
3.1 Gesundheit.....	45
3.2 Gesundheitsförderung – Historie.....	50
3.3 21. Jahrhundert – gesundheitliche Chancengleichheit.....	52
3.4 Determinanten der Gesundheit.....	55
3.5 Settingansatz in der Gesundheitsförderung.....	58
3.5.1 Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit.....	60
3.5.2 Empowerment.....	60
3.5.1 Advocacy.....	61
3.5.2 Soziale Netze – Vernetzung.....	62

3.5.3	Partizipation	63
3.6	SMZ Liebenau – Gesundheitsförderungsarbeit	65
3.6.1	Die Gesundheitsplattform – ein offenes Forum für Liebenau	66
3.6.2	Wie gesund ist Liebenau?	70
3.6.3	Sta.ges – Stadtteilgesundheit für alle!	72
3.6.4	Weitere Gesundheitsförderungsarbeit des SMZ Liebenaus.....	81
3.6.5	SMZ Gesundheitsförderungsarbeit, was läuft gut, was ist mühsam?.....	84
4	WHO „Gesundheit 2020“ – gesunde Wege in die Zukunft	88
4.1	Strategische Ziele und vorrangige Handlungsfelder	92
4.2	Das SMZ im Rahmen von „Gesundheit 2020“	94
4.2.1	Lernen am Modell	96
4.2.2	SMZ 2020	98
5	Diskussion.....	100
6	Literaturverzeichnis	103

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: SMZ Liebenau, SMZ Info.....	14
Abbildung 2: Sprenger, ÖKZ, 2012.....	16
Abbildung 3: Sprenger nach B. Starfield, 2003.....	21
Abbildung 4: SVR, 2009, Primärversorgungsmodell.....	23
Abbildung 5: ÖROK, Statistik Austria, 2010.....	27
Abbildung 6: Stigler, 2011.....	30
Abbildung 7: SMZ, o.J.	33
Abbildung 8: SMZ, Homepage, Angebot.....	34
Abbildung 9: SMZ Modell, 2003.....	43
Abbildung 10: Eigendarstellung nach Sprenger, 2003.....	44
Abbildung 11: Darstellung nach Hurrelmann, 2010.....	47
Abbildung 12: Reis-Klingspiegl, 2011.....	49
Abbildung 13: Ottawa Charta Logo, AK GF HS.de.....	51
Abbildung 14: nach Mielck, 2000.....	53
Abbildung 15: FGÖ i.A.an Dahlgren und Whitehead, 1991.....	55
Abbildung 16: Wright, 2011.....	64
Abbildung 17: Wright, 2011.....	64
Abbildung 18: SMZ, Siedlung Am Grünanger, oJ.....	66
Abbildung 19: nach Zelinka, 2009.....	68
Abbildung 20: Projektbericht Sta.ges, 2012.....	76
Abbildung 21: scan, 2012.....	78
Abbildung 22: Scan, 2012.....	79
Abbildung 23: Scan, 2012.....	79
Abbildung 24: SMZ, Brunch, Walken, Garten für Alle, oJ.....	83
Abbildung 25: WHO, 2012.....	88
Abbildung 26: WHO, EUR/RC62/8, 2012, S.36.....	93
Abbildung 27: WHO Empfehlungen-SMZ Zeittafel.....	102

1 Einführung

1.1 Hintergrund

Österreich, nach wie vor eines der reichsten Länder der Welt, leistet sich entsprechend hohe Ausgaben im Gesundheitsbereich. Der Zugang zum Versorgungssystem, sowie die Qualität der Versorgung, werden von der Bevölkerung traditionell als sehr gut eingeschätzt (vgl. ÖSV 2010, S.1).

Eine genauere Betrachtung unseres Gesundheitssystems erlaubt 2010 der Bericht der ÖBIG „Das Österreichische Gesundheitswesen im internationalen Vergleich“. Er diskutiert folgende Fragen:

Ist das Verhältnis zwischen Mitteleinsatz und Ergebnis ausgewogen?

Ist das Gesundheitsversorgungsangebot adäquat?

Ist der Zugang zum Gesundheitssystem für die gesamte Bevölkerung gleichermaßen gerecht, möglich und leistbar?

Im Ergebnis liegt Österreich, bezogen auf die Gesundheitsausgaben, innerhalb der untersuchten EU-15-Mitgliedsstaaten an dritter Stelle. Der Bericht weist auf ein hohes Versorgungsangebot und hohe Inanspruchnahme, speziell im intramuralen Bereich, hin. Gesundheitsbezogene Leistungsergebnisse zeigen schon ein differenzierteres Bild. Indikatoren, wie „Gesunde Lebensjahre bei der Geburt“, „Bevölkerungsanteil der über 65-Jährigen“, „Übergewicht in der Bevölkerung“, „Selbsteingeschätzter allgemeiner Gesundheitszustand“ usw., ergeben für Österreich im Europavergleich eines der teuersten, jedoch nicht eines der besten Gesundheitssysteme. Die Österreichische Bevölkerung erreicht zwar, bei einer durchschnittlichen Lebenserwartung von 80,4 Jahren, ein hohes Lebensalter, verliert jedoch über 20 Jahre an Lebensqualität durch Krankheit. Daher muss die Fragestellung des zitierten ÖBIG Berichtes: „...*ob in Österreich Ausgewogenheit zwischen Mitteleinsatz und Leistungsergebnissen besteht, (musste) angesichts der überproportionalen Ressourcenintensität für die dargestellten Indikatoren eher verneint werden.*“ (ÖBIG, 2010) Die aktuelle Ausgabe von „Health at a Glance 2012“ der OECD untermauert diese Daten. Sie zeigt Österreich neuerlich in Bezug auf die „Lebenserwartung mit 65“ im obersten Drittel der untersuchten EU 27, die dazu ausgewiesene HLY (Healthy life years) liegen jedoch unter dem EU 27 Schnitt.

2010 hält der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger im Masterplan Gesundheit fest, dass *„der Fokus im Gesundheitswesen derzeit auf der individuellen Reparaturmedizin und nicht auf einem ganzheitlichen Ansatz zur Verbesserung der Gesundheit liegt“*. (ÖSV, 2010, Seite 3)

Das Bundesministerium für Gesundheit gibt 2012 Rahmengesundheitsziele für Österreich heraus. Die Gesundheit aller in Österreich lebenden Menschen, unabhängig von Bildungsstatus, Einkommen, beziehungsweise den Lebensumständen soll damit verbessert und „ein Mehr an gesunden Lebensjahren“ für die Bevölkerung erreicht werden (vgl. GÖG, 2011).

Schlußendlich spiegelt auch der Entwurf zur Gesundheitsreform 2013 diese Erkenntnis wider. In der Einleitung heißt es:

„Österreich hat eines der besten Gesundheitssysteme der Welt und der Zugang zu medizinischen Leistungen ist international beispielgebend. Gleichzeitig sind die hohen Kostensteigerungsraten der vergangenen Jahre und die unterschiedlichen Zuständigkeiten große Herausforderungen. Um optimale Versorgungsstrukturen und mehr Leistungen für die kommenden Generationen garantieren zu können haben sich Bund, Länder und Sozialversicherungen auf eine Reform des österreichischen Gesundheitswesens geeinigt. Die Modernisierung hat ein klares Ziel: Das Wohl der PatientInnen...“. (BfG, 2013)

Als Prinzipien der Österreichischen Gesundheitsreform 2013 werden ein niederschwelliger Zugang zur bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung bei hoher Qualität und ein zielgerichteter Ausbau von Gesundheitsförderung und Prävention genannt. Unter dem Punkt „Neue Strukturen im Dienste von PatientInnen“ wird diesbezüglich eine Stärkung der Primärversorgung im niedergelassenen Bereich angeführt (vgl. BfG, 2013).

Schon 2008 beschreibt der World Health Report die Primary Health Care Bemühungen mancher Industrienationen der 80-er und 90-er Jahre als geeignet eine bessere Ausgeglichenheit zwischen hochspezialisierter, kurativer Behandlung, Primärversorgung und Gesundheitsförderung zu erreichen (vgl. WHO, 2008, S. 12, zitiert nach Starfield/Shi). Die dabei von der WHO verwendete Definition von Primärversorgung ist bereits über 30 Jahre alt. 1978 wurde auf der historischen Konferenz von Alma Ata (UDSSR) ein Recht auf „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ deklariert. Gesundheit wurde erstmals nicht nur als Abwesenheit von Krankheit, sondern als ein Zustand von körperlichem, geistigen und sozialen Wohlbefindens definiert.

Für die Umsetzung der Alma Ata Deklaration sollte das Konzept der „Primären Gesundheitsversorgung“ dienen:

„...unter primärer Gesundheitsversorgung versteht man eine essentielle Gesundheitsversorgung, die auf praktizierbaren, wissenschaftlich fundierten und sozial akzeptierten Methoden basiert und für den Einzelnen wie für die Familie zu erschwinglichen Kosten erreichbar ist.“ (Alma Ata 1978)

Dieser Ansatz wurde 1986 durch die WHO „Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung“ ergänzt, nicht zuletzt auch im Hinblick auf die wachsenden Herausforderungen an das Gesundheitswesen in den Industrienationen (vgl. Hampel, 2003).

„Gesundheit wird von den Menschen in Ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in der Lage ist selber Entscheidungen zu fällen und Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben, sowie dadurch, dass die Gesellschaft in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.“ (WHO, Ottawa Charta, 1986)

Entsprechend dieser Prinzipien fokussiert ein effizientes, leistbares und gerechtes Gesundheitssystem die Fragen „Wo und wie entsteht Gesundheit?“ sowie „Was erhält Menschen gesund?“. Damit wird auch ein Paradigmenwechsel vom derzeit geltenden, pathogenetischen Prinzip der modernen Hochleistungsmedizin, zu einem salutogenetischen Ansatz in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung eingeleitet.

Prognostizierte, soziodemographische Veränderungen lassen zukünftig mit mehr chronischen Krankheitsverläufen und damit einer steigenden Anzahl multimorbider PatientInnen rechnen. Damit in Zusammenhang wird auch eine Zunahme von Versorgungsleistungen im Gesundheitswesen gebracht. Die größte Herausforderung an ein leistbares, gerechtes Gesundheitssystem stellt daher die Vermeidung von Unter-Über- bzw. Fehlversorgung dar. Mögliche Ursachen für Defizite und Fehlsteuerungen, gerade in der Versorgung chronisch Kranker, werden im Hinblick auf einer Dominanz der akutmedizinischen Versorgung, einer „somatischen Fixierung“ des Gesundheitssystems per se, einer „Aktiv/Passiv“ Problematik, sowie einer unzureichenden Patientenschulung, Information und Partizipation diskutiert. Eine Versorgung, die nicht dem Bedarf folgt, Behandlungen, die nicht auf einer adäquaten Versorgungsebene erbracht werden, führen nicht nur zu Qualitätseinbußen, sondern auch zu volkswirtschaftlichen Mehrkosten (vgl. Rosenbrock, 2012).

Österreich, nach wie vor eines der reichsten Länder der Welt, leistet sich entsprechend hohe Ausgaben im Gesundheitsbereich – noch. Die Debatte zum optimalen und effizienten Mitteleinsatz im System ist jedoch bereits eröffnet. Erste Schritte sollen durch die Gesundheitsreform 2013 gesetzt werden.

1.2 Einleitung

Diese Arbeit beschreibt das SMZ Liebenau als Modell für eine „sozialmedizinische Drehscheibe“ im Gesundheitssystem. Das SMZ Liebenau arbeitet, unter Bezug auf das biopsychosoziale Modell, an der Schnittstelle zwischen Selbstversorgung und stationärer Hochleistungsmedizin. Sein Aktionsradius geht über die rein medizinische Versorgung hinaus.

Seit der Gründung 1984 arbeiten die Akteure des SMZ Liebenau nach den Grundsätzen einer Primären Gesundheitsversorgung, wie sie in der WHO Deklaration von „Alma Ata“ gefordert sind. Mit dem Motto: „Der Mensch, nicht die Krankheit, steht im Mittelpunkt einer vernetzten Gesundheitswelt“ begleiten, beraten und betreuen im SMZ Liebenau MitarbeiterInnen aus verschiedenen Berufsgruppen die Menschen im Bezirk. Mit Krankenversorgung und Gesundheitsförderung unter einem Dach, erfüllt das SMZ auch eine wichtige Brückenfunktion zwischen den sekundären Versorgungseinrichtungen und den Gesundheitsressourcen in der Bevölkerung. Das Sozialmedizinische Zentrum Liebenau leistet auf diesem Sektor beinahe 30 Jahre Pionierarbeit in Österreich. Angesiedelt im Primärversorgungsbereich, bringt das SMZ Liebenau eine interdisziplinäre, ganzheitliche Versorgung so nahe wie möglich zu den Menschen und fördert Partizipation, Selbstbestimmung und Entwicklung von personellen und sozialen Fähigkeiten. Empowerment und Partizipation, zwei zentrale Begriffe der Ottawa Charta, liegen zahlreichen Veranstaltungen des SMZ Liebenau zugrunde. Gesundheitskonferenzen, Vortragsreihen, Selbsthilfetage und andere gesundheitsbezogene Aktionen stoßen in der Bevölkerung auf große Resonanz (vgl. Sprenger, 2003).

Das 2008 gestartete Gesundheitsförderungsprojekt „Sta.ges - Stadtteilgesundheit für alle“, ist lebensweltenorientiert und netzwerkfördernd konzipiert. Es hat zum Ziel insbesondere sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen mit einem erhöhten Gesundheitsrisiko zu erreichen. Dem SMZ gelingt es, aufgrund langjähriger Präsenz und Erfahrung im Bezirk, ein gesundheitsförderliches Netzwerk zu errichten. Den beteiligten

BürgerInnen wird damit ermöglicht, Ansprechpartner für die Bereiche Soziales und Gesundheit im Stadtteil zu kennen und zu nützen (vgl. Possert/Zelinka-Roitner, Dezember 2011). Einzelne Projektmodule sind auch nach Projektende 2011 nachhaltig im Bezirksalltag integriert.

Die Autorin untersucht daher die mögliche Modellfunktion des Sozialmedizinischen Zentrums Liebenau, im Hinblick auf die strategischen Herausforderungen an das Gesundheitssystem im 21. Jahrhundert.

Die vorliegende Masterarbeit ist in 3 Teile gegliedert: Kapitel 2 beschäftigt sich allgemein mit Primärversorgung, stellt den gewonnenen Erkenntnissen die Arbeit des SMZ Liebenau gegenüber und beleuchtet zusammenfassend das SMZ Liebenau im Spiegel von Primary Health Care Empfehlungen. Kapitel 3 beschreibt kommunale Gesundheitsförderung und Stadtteilarbeit und reflektiert im Anschluss die Gesundheitsförderungsarbeit des SMZ Liebenau. Kapitel 4 fokussiert das Zukunfts-Strategiekonzept „Gesundheit 2020“ des Europäischen Zentralbüros der WHO und vergleicht dessen strategische Ziele und vorrangige Handlungsfelder mit den Statuten, Zielsetzungen und Aktivitäten des SMZ Liebenau.

Leitfadeninterviews mit Akteuren des SMZ sollen das entstehende Bild ergänzen. Die Antworten auf folgende Fragen werden kapitelweise in die Arbeit einbezogen.

- Interdisziplinäres Team in der Primärversorgung – welche Vorteile gibt es aus der Sicht der Akteure?
- GF-Arbeit im kommunalen Setting, Stadtteilarbeit. Was läuft gut, was ist mühsam?
- Das SMZ Liebenau arbeitet sehr transparent und öffentlichkeitswirksam seit beinahe 30 Jahren; gibt es eine essentielle Kernbotschaft für potentielle Nachahmer?
- Wo sehen Sie das SMZ Liebenau im Jahr 2020?

Die Forschungsfrage: „Ist das Sozialmedizinische Zentrum Liebenau, als gelebtes Konzept gesundheitsförderlicher, interdisziplinärer Primärversorgung im kommunalen Setting, ein geeignetes Modell – entsprechend den WHO Empfehlungen - für die gesundheitlichen und sozialen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts?“ wird abschließend diskutiert.



Abbildung 1: SMZ Liebenau, SMZ Info...

1.3 Methode

Die Arbeit umfasst eine Literaturliste zu den Themenfeldern Gesundheit, Gesundheitssystem, Sozio-Demographie, Gesundheitsversorgung, Primärversorgung, Primary Health Care, Gesundheitsförderung im kommunalen Setting, WHO Gesundheitskonzepte und Strategien.

Ergänzend werden Recherchen im Arbeitsumfeld des SMZ Liebenau, sowie eine Sichtung von für die Arbeit relevanten Sekundärdaten aus dem SMZ durchgeführt.

Beschrieben werden die Historie und Entwicklung des Sozialmedizinischen Zentrums Liebenau, die Akteure und ihre Aufgabenteilung sowie insbesondere die gesundheitsfördernde Projektarbeit für den Bezirk Liebenau und die Grazer Bevölkerung (Stichworte: soziale Anwaltschaft, Partizipation, Empowerment im Bezirk...).

Um eine bessere Innensicht zu erhalten, werden Veranstaltungen des SMZ Liebenau besucht (Forum Sozialmedizinische Praxis, Brunch am Grünanger, Stadtteilstiftung). Zusätzlich werden Leitfadenterviews mit den Allgemeinmedizinerinnen und Gründungsmitgliedern Dr. Gustav Mittelbach und Dr. Rainer Possert, der Soziologin Mag. Dr. Inge Zelinka-Roitner, der Sozialarbeiterin Birgit Paller, MA und dem Gesundheitswissenschaftler Christopher Frösch, M.A geführt. Die Antworten werden sinngemäß zusammengefasst, bzw. wörtlich zitiert (*kursiv*) und fließen kapitelweise in die Arbeit ein.

Die Masterarbeit setzt sich mit den Empfehlungen zur Primary Health Care auseinander und betrachtet die Arbeit des SMZ Liebenau aus diesem Blickwinkel. Ein Schwerpunkt liegt auch in der Betrachtung der Gesundheitsförderungs- und Stadtteilarbeit des SMZ. Um die Forschungsfrage beantworten zu können, werden darüber hinaus die Zukunfts-Strategiekonzepte aus dem Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ des Europäischen Zentralbüros der WHO herangezogen.

2 Primärversorgung

In der Krankenversorgung gibt es per Definition drei große Versorgungsbereiche. Für die Versorgungsqualität und Finanzierbarkeit spielt es eine große Rolle, auf welcher Ebene diverse Unpässlichkeiten sowie Krankheiten behandelt und betreut werden. Der größte Anteil von Befindlichkeitsstörungen sowie auch viele chronische Beschwerden werden von Betroffenen im Bereich der Laienversorgung selbst organisiert. In der Primärversorgung können rund 80 - 90% von Anlaßfällen behandelt werden und nur etwa 1% aller Erkrankungen benötigen eine stationäre Spitalsversorgung. Ein effizientes Versorgungssystem muss daher die Bevölkerung in Fragen der Gesunderhaltung, der Krankheitsbewältigung, der Rehabilitation und Pflege so unterstützen, dass Selbstwirksamkeit und Selbstversorgung adäquat stattfinden kann (vgl. Sprenger, 2003).

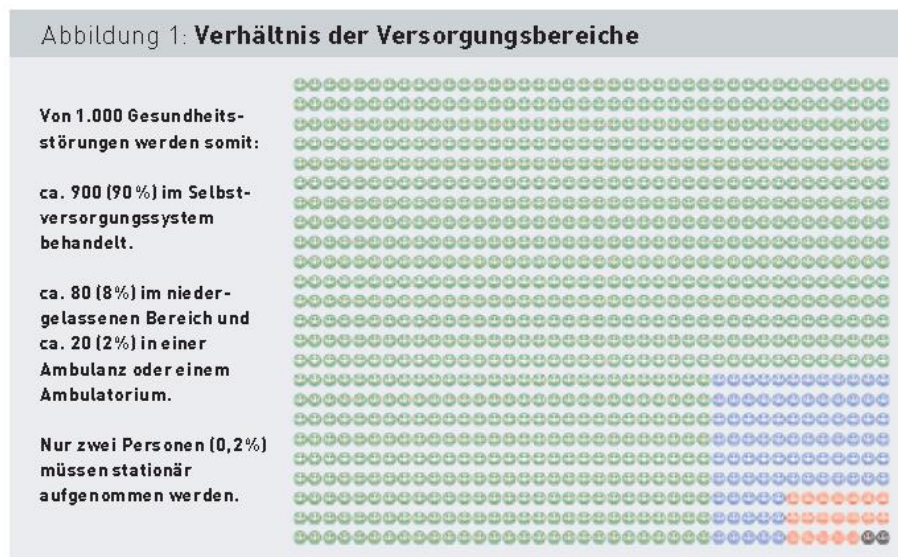


Abbildung 2: Sprenger, ÖKZ, 2012

Die Primärversorgung betrifft jenen Teil der Gesundheitsversorgung, der üblicherweise von niedergelassenen Haus- und Fachärzten abgedeckt wird. Sie ist angesiedelt zwischen dem Selbstversorgungsbereich und dem hochtechnisierten Spitalsbereich. Die Primärversorgung stellt daher, als Nahtstelle im Versorgungssystem, den ersten Kontaktpunkt von NutzerInnen mit dem professionellen (formellen) Gesundheitssystem dar. Sie umfasst dringliche Erstkonsultationen bei akuten Gesundheitsanliegen, Interventionen in der Langzeitbetreuung von Menschen mit chronischen Krankheiten

sowie diverse Aufgaben im Bereich der Öffentlichen Gesundheit (vgl. Sottas/Brügger, 2012, S.8). Der Primärversorgung fällt hierbei auch eine wichtige koordinative Rolle im Gesundheitssystem zu (vgl. Sprenger, 2003).

Begriffe wie Primärversorgung, Hausarztversorgung, hausarztorientierte Versorgung oder die englischen Äquivalente *primary care*, *family medicine*, *general practice* werden meist synonym verwendet. International variieren jedoch die Inhalte und deren Bedeutung, die mit *primary care* in Verbindung gebracht werden (vgl. Haller/Garrido/Busse, 2009, S.1).

2.1.1 Meilensteine der Europäischen Primärversorgung

Der Begriff „Primary Care“ wird erstmals 1920, mit dem Erscheinen des Dawson Reports, verwendet. Der Brite Lord Dawson beschreibt in einem Zwischenbericht zur Zukunft der Gesundheitsversorgung „primary health care centers“ als Mittelpunkt regionaler Gesundheitsversorgung [...] *institutions equipped for services of curative and preventive medicine* [...]“ (vgl. Haller et al., 2009, S.1, zitiert nach Dawson 1920).

1974 definiert eine Gruppe rund um Leeuwenhorst in Ihrer Erklärung „The General Practitioner in Europe“ das Berufsbild des Allgemeinmediziners, welcher „*die persönliche Primär- und Langzeitversorgung bietet und die Langzeitbetreuung von Patienten mit chronischen, wiederkehrenden oder unheilbaren Erkrankungen übernimmt.*“ (ebda, 2009, zitiert nach Leeuwenhorst Gruppe, 1974)

1978 organisieren WHO und UNICEF gemeinsam in Alma Ata die „Conference on Primary Health Care“, der Geburtsstunde des Primary Health Care Konzeptes. Entsprechend der Alma-Ata Deklaration ist Primary Care lediglich die primärärztliche Versorgung und damit einer von mehreren Bestandteilen, die zusammen Primary Health Care ausmachen.

Die Konferenz von Ljubljana, über die Reformierung der Gesundheitsversorgung in Europa, stellt einen Meilenstein dar in Bezug auf die Analyse von Trends und Reformoptionen. Im Fokus steht eine ergebnisorientierte Gesundheitsversorgung. Die Ljubljana Charta geht demgemäß von dem Grundsatz aus, dass eine Reform in erster Linie dazu beitragen sollte, den Gesundheitszustand und die Lebensqualität der Menschen zu verbessern. Reformstrategien müssen daher u.a. die *primäre Gesundheitsversorgung in den Vordergrund stellen* (vgl. WHO, 1989, S.141, zitiert „Charta von Ljubljana, 1996“).

1998 deklariert die WHO mit „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ 21 Gesundheitsziele für Europa und beschreibt Einrichtungen der primären Gesundheitsversorgung wie folgt:

„...stellen sicher, daß die verschiedenen Settings, in denen Gesundheitsdienste und andere Sektoren angesiedelt sind, vernetzt arbeiten. Einrichtungen wie z. B. Gemeinschaftspraxen, Polikliniken sowie Gesundheitszentren und sonstige Orte, an denen der erste Kontakt mit Patienten entsteht, spielen eine zentrale Rolle bei der Erfüllung der Hauptfunktionen der primären Gesundheitsversorgung. Sie bringen multidisziplinäre Teams aus Gesundheitsfachkräften, Vertreter örtlicher Institutionen, nichtstaatliche Organisationen, Schulen, Medien und Unternehmen der Gemeinde zusammen und gehen die Lösung der anstehenden Probleme multisektoral an.“(WHO, 1989)

Gesundheitsziel 15 postuliert die Verwirklichung eines integrierten Gesundheitssektors, innerhalb dessen die Primärversorgung ein stärkeres Gewicht erhalten soll.

Ebenfalls 1998 legt die WHO-Europe Merkmale fest, die „general practice“ charakterisieren und die Allgemeinmedizin für die Erfüllung, der in der Alma-Ata Deklaration beschriebenen Aufgaben, qualifizieren:

- *Allgemein (general): befasst sich mit der gesamten Bevölkerung, unabhängig von Erkrankungen und Beschwerden.*
- *Kontinuierlich (continuous): langfristige Beziehung zu den Patienten, nicht auf eine Krankheitsepisode beschränkt.*
- *Umfassend (comprehensive): umfasst Gesundheitsförderung, Prävention, kurative sowie rehabilitative und palliative Medizin.*
- *Koordinierend (coordinated): sorgt nach dem ersten Kontakt für notwendige Überweisungen zu Spezialisten oder anderen Gesundheitsberufe und koordiniert die gesamte Versorgung.*
- *Kooperativ (collaborative): arbeitet mit anderen Gesundheits- und Sozialberufen zusammen.*
- *Familienorientiert (family-oriented): befasst sich mit den Gesundheitsproblemen der Patienten im familiären Kontext*
- *Gemeinschaftsorientiert (community-oriented): befasst sich mit Gesundheitsproblemen der Patienten im gesellschaftlichen Kontext, befasst sich mit Gesundheitsproblemen, die die lokale Bevölkerung betreffen und kooperiert mit anderen Sektoren, um diese anzugehen (vgl. Haller et al., 2009, S.3, zitiert nach WHO 1998).*

Damit wird der Rahmen für die fachliche und administrative Weiterentwicklung der hausärztlichen Tätigkeit in der Primärversorgung vorgegeben. Der Weg geht, von einer rein medizinischen Primärversorgung „Primary Care“, in Richtung umfassende Primärversorgung „Primary Health Care“.

Einen wesentlichen Beitrag in diese Richtung liefert zuvor schon die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa, wo 1986 die „Ottawa – Charta zur Gesundheitsförderung“ verabschiedet wurde. Bis zum Jahr 2000 soll die Primärversorgung in Europa durch eine Reihe von unterstützenden zusätzlichen Leistungen, insbesondere auch aus dem Bereich der Gesundheitsförderung, ergänzt werden und damit einen grundlegenden Bedarf in der Bevölkerung an gesundheitlichen Versorgungsleistungen decken (vgl. Sprenger, 2003).

2004 wird in Den Haag das „EU-Konzept zur Primärversorgung“, ein Gutachten über Leistungsfähigkeit und Fortentwicklung der Primärversorgung präsentiert. Bei unterschiedlichen Ausprägungen in den europäischen Ländern, sollen Kerncharakteristika einer guten Primärversorgung bestimmt, sowie Entwicklungspfade für die zukünftige Primärversorgung in Europa empfohlen werden. Es werden folgende Empfehlungen ausgesprochen:

- *„Die Rolle der Primärversorgung und ihrer Problemlösungskompetenz sollte in allen Ländern gestärkt werden. Es sollten sich auch weiterhin mehr als 90 % der gesundheitlichen Probleme, mit denen die Bürger sich an einen Arzt wenden, innerhalb der Primärversorgung lösen lassen, womit die Primärversorgung einen wichtigen Beitrag zur Effizienz im gesamten Gesundheitssystem leistet. Insbesondere müsse analysiert werden, wo Selbst- und Laienhilfepotenziale (z.B. durch den Verlust von Familienbindungen oder soziale Fragmentierung) bedroht erscheinen, die durch den Familien- und Gemeindebezug der Primärversorgung kompensiert werden müssen.*
- *Die Primärversorgung muss ihre Patientenorientierung verstärken, um den veränderten Ansprüchen und Erwartungen und dem gestiegenen Informationsniveau der Bevölkerung gerecht zu werden (...).*
- *Partizipativer Entscheidungsfindung (shared decision making) kommt zukünftig eine zentrale Rolle im Kontakt zwischen Primärmedizin und Patient zu.*
- *Die nachhaltige Versorgung chronischer Erkrankungen erfordert einen multi-disziplinären und integrierten Ansatz (shared and structured care)(...).*
- *Hausarztpraxen müssen zunehmend ihre Kooperation mit anderen Leistungserbringern entwickeln, also in einer Teamversorgung denken. Neben*

der Koordination mit pflegerischen Leistungen spielt hierbei die Kooperation mit sozialarbeiterischen Potenzialen, Prävention und vor allem eine angemessene Berücksichtigung von psychischen Gesundheitsproblemen eine Rolle.“ (SVR, 2009, S129f)

2009 erstellt der deutsche Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen das Sondergutachten „Koordination und Integration - Gesundheitsvorsorge in einer Gesellschaft längeren Lebens“. Das Kapitel 8 beschreibt ein „Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug“. Die Basis dieses Konzeptes stellt wiederum die Verbesserung der Koordination in der Primärversorgung, eine generationenbezogene Versorgung und die regionale Abstimmung dar. Es wird im Sondergutachten auch auf die Thematik zukünftiger lebensstilbezogener Veränderungen bei Angehörigen von Gesundheitsberufen hingewiesen (Work-Life-Balance, Teilzeitarbeit, beruflicher Wiedereinstieg...) und auf die damit notwendigen Strukturanpassungen in der Versorgung. Für herkömmliche Hausarztpraxen ergeben sich daraus wesentliche Veränderungen. Zukünftig erwartet man Gemeinschaftspraxenteams mit mindestens 2-4 oder sogar 5-10 Hausärzten, mit einer neuen Arbeits- und Aufgabenverteilung, sowie einer deutlichen Kompetenzerweiterung für nichtärztliche Teammitglieder. Der SVR empfiehlt eine Weiterentwicklung der traditionellen „Hausarztpraxis“ hin zu einer „Primärversorgungspraxis“. Eine Organisationsentwicklung soll die primärmedizinischen Leistungserbringer fit für den zukünftigen Leistungsbedarf machen, vor allem auch, im Hinblick auf verstärkt sektorenübergreifende Strukturen. Eine gute Primärversorgung wird als wesentliche Grundvoraussetzung für zukünftige „integrierte“ Versorgungsmodelle betrachtet (vgl. SVR, 2009, S149f.).

„Primärversorgung – ein ursprünglich in Großbritannien in den 1920er Jahren entwickeltes Konzept – geht über allgemeinmedizinische und hausärztliche Versorgung hinaus, indem sie unter den Gesichtspunkten der Versorgungsaufgabe, der verschiedenen Professionen und ihrer länder- und ressourcenspezifischen Ausprägungen unterschiedliche Modelle umfasst.“ (SVR, 2009, S.96)

Primary Health Care ist mehr als Primärversorgung. Die folgende Abbildung vergleicht beide Modelle (vgl. M. Sprenger, 2003, zitiert B. Starfield).

PRIMARY CARE	PRIMARY HEALTH CARE
FOKUS	
Krankheit	Gesundheit
Defizite	Ressourcen
(molekulare) Strukturen	(biopsychosoziale) Prozesse
Individuen	Individuen, Bevölkerungsgruppen
Maschine Mensch	lebendiges System Mensch
Reparatur - Kuration	Gesundheitsförderung, Prävention, Pflege, Rehabilitation, Kuration
INHALT	
episodenhafte Versorgung	kontinuierliche Versorgung
spezifische Versorgung	umfassende Versorgung
ORGANISATION	
Spezialisten	Generalisten
Einzelkämpfer	Teams
monodisziplinär	multi-interdisziplinär
angebotsgesteuerte Finanzierung	bedarfsgesteuerte Finanzierung
prozessorientiert	prozess- und ergebnisorientiert
Versorgungs"blindflug"	Gesundheits- und Versorgungsforschung Qualitätskontrolle, Evaluierung
starr	verbesserungs-, anpassungs- und reaktionsfähig
VERANTWORTUNG	
Gesundheitssystem, Vertragspartnern	intersektorale Zusammenarbeit
Expertenhilfe	Gesundheitsselfsthilfe
Experten gesteuert	Bürgerpartizipation

Abbildung 3: Sprenger nach B. Starfield, 2003

2.1.2 Primary Health Care – „Gesundheit für alle“

„Primary Health Care“, als interdisziplinärer Versorgungsansatz im Gesundheitswesen (Alma Ata 1978), ist also bereits über 30 Jahre alt. Ursprünglich als Konzept gegen gesundheitliche Benachteiligung in den wirtschaftlich unterentwickelten Ländern der Welt gedacht, bezieht es sich auf politische, soziale und wirtschaftliche Faktoren (vgl. WHO Health Report, 2008). Die WHO legt den Fokus explizit auf Gerechtigkeit, Solidarität und einen gleichberechtigten Zugang zum Gesundheitssystem für alle Menschen. Sie fordert den Einbezug der Bevölkerung, inklusive Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung. Lebensbedingungen sollen möglichst gesundheitsförderlich gestaltet werden um das Auftreten vieler Erkrankungen und Beeinträchtigungen von vorn herein zu verhindern. Armut als sozialer Faktor wird als ein Kernproblem im Gesundheitsbereich identifiziert. „Gesundheit für alle“ kann daher nur im Rahmen sozialer Gerechtigkeit, gesellschaftlicher Veränderungen und aktiver Partizipation von Betroffenen verwirklicht werden. Gesundheit wird demnach sowohl als Voraussetzung, als auch als Ergebnis einer Gesellschaft gesehen, die an sozialer Gerechtigkeit als Grundwert festhält. (vgl. Sottas/Brügger, 2012, S.12).

Die primäre Gesundheitsversorgung soll daher, als erstes Glied eines kontinuierlichen Versorgungsprozesses, für alle Individuen, Familien und Gemeinschaften zugänglich und leistbar sein. Primary Health Care ist angesiedelt in den Lebens- und Arbeitswelten der Menschen und soll deren Selbstverantwortung und Selbstbestimmung als handlungsleitende Prinzipien fördern. Das umfasst ein breites Verständnis von Gesundheit, mit einem Blick auf gesellschaftliche Verhältnisse. Damit geht dieses Versorgungskonzept über das Gesundheitswesen im engeren Sinn hinaus. Überhaupt wird die Gesundheitsversorgung als gesellschaftliche Aufgabe verstanden und fordert auch eine gesamtpolitische Strategieentwicklung in Richtung „Health in all policies“ (vgl. WHO, 2008). In „Primary Health Care, now more than ever“ fordert die WHO 2008 daher neuerlich alle Staaten, inklusive Industrienationen, auf, gerade im Hinblick auf zukünftige Herausforderungen wie eine alternde Bevölkerung, die Zunahme von chronischen Erkrankungen, die zunehmende Fragmentierung der Gesundheitsversorgung usw., ihren Gesundheitssystemen eine stärkere Primary Health Care-Orientierung zu geben.

Die WHO unterstreicht auch erneut die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit von Primary Health Care Teams und betont deren koordinative Funktion als Teil eines wohnortnahen Versorgungsnetzwerkes (vgl. SVR, 2009, S.96). Eine ambulante, wohnortnahe Betreuung soll, durch ein interdisziplinäres Team bestehend aus Hausarzt, Physiotherapeuten, Pflegefachkräfte, Sozialarbeiter, Hebammen und Psychologen..., ein möglichst breites Spektrum mit Versorgung aller Altersgruppen in der Bevölkerung, von der Prävention über Rehabilitation bis zur Pflege, abdecken.

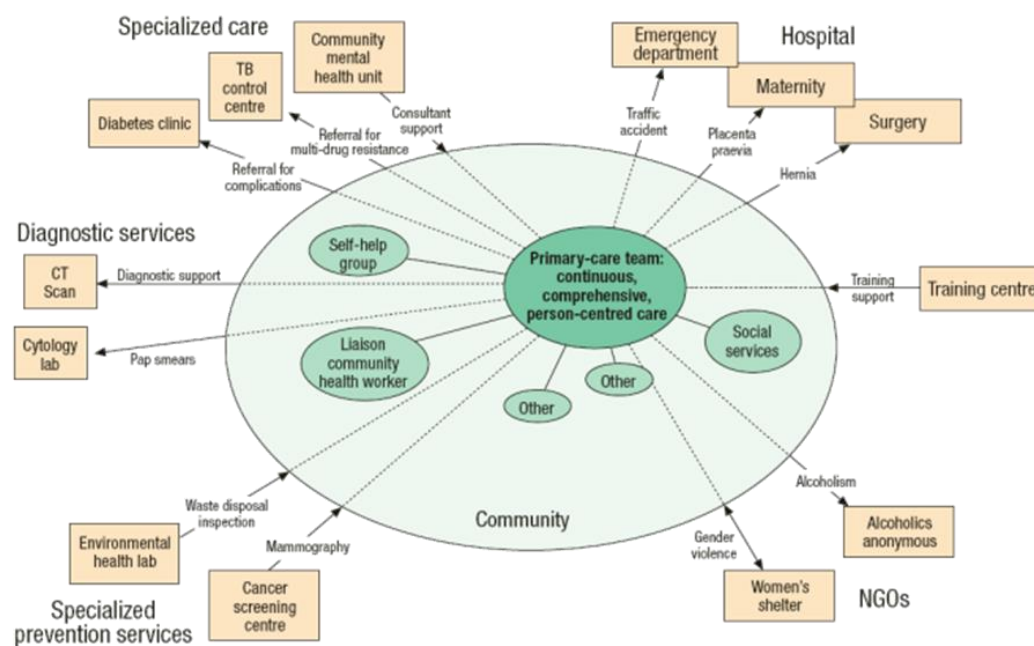


Abbildung 4: SVR, 2009, Primärversorgungsmodell

Der World Health Report hält im Kapitel 1 „The Challenges of a changing world“ fest, dass sich Gesundheitssysteme, ohne starke Maßnahmen und „Leadership“, nicht spontan auf „Primary Health Care Werte“ zubewegen, bzw. effizient auf gesundheitliche Herausforderungen reagieren werden. Vielfältige und mächtige Einflüsse steuern hier dagegen. Als charakteristische Trends werden Spitalszentrierung, die zunehmende Fragmentierung von Leistungen im Gesundheitswesen und eine „um sich greifende Kommerzialisierung“ genannt (vgl. WHO, 2008, S.11). In den vorangegangenen Jahren habe generell zu wenig Fortschritt in Richtung umfassender primärer Gesundheitsversorgung stattgefunden. Insbesondere in reichen Ländern, werde der Fokus in der Medizin weiterhin in erster Linie auf Spezialisierung gelegt. Dem gegenüber könnte eine hausarztbasierte, primärmedizinische Versorgung, in allen Ländern der

Welt, zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes in der Bevölkerung führen (vgl. Haller et al., 2009, zitiert nach WHO, 2008).

Thrishia Greenhalgh bezeichnet Primary Health Care als ein „angewandtes Forschungsgebiet“. Sie fasst in „Primary Health Care – Theorie und Praxis“ 10 charakteristische Eigenschaften von PHC zusammen:

- 1 *It provides the patient's first point of contact with the health care system.*
- 2 *It deals with both acute and chronic health problems regardless of age, sex or disease type.*
- 3 *It provides person-centered care to the individual, taking account of his or her family and the wider community.*
- 4 *It considers health problems in their physical, psychological, social, cultural and existential dimensions.*
- 5 *It is ideally delivered via an ongoing clinician-patient relationship, built over time and characterised by high levels of communication and trust.*
- 6 *It is proactive as well as reactive, promoting health and well-being by supporting healthy lifestyle choices and offering interventions to manage risk.*
- 7 *It takes responsibility for the health of the community as well as of the individual.*
- 8 *It has particular role in the early stages of potentially serious illness when symptoms and signs are mild or non-specific.*
- 9 *It assumes an advocacy role for the patient when needed (and/or works flexibly with others who take on this role).*
- 10 *It strives to make efficient use of health care resources through coordinating care, working with other professionals and managing the interface with other specialities. (Greenhalgh, 2007)*

Für „Primary Care Praktiker“ erachtet die Autorin darüber hinaus Kompetenz in Clinical Care, Kommunikation und Management als unbedingt notwendig. Diese sollen sich in ihrer Arbeit auch auf die 4 Eckpfeiler Ethik, Wissenschaft, Organisation von gerechtem Zugang zu Versorgung und Ressourcen sowie Lehre, hierbei auch in Form von Fortbildung und Informationsweitergabe, stützen (vgl. Greenhalgh, 2007).

2.1.3 Primärversorgung – Handlungsbedarf

In den nächsten Jahren werden europaweit steigende Herausforderungen an eine gerechte Gesundheitsversorgung erwartet. Sie ergeben sich, wie bereits festgehalten, aus der alternden Gesellschaft, aus neuen epidemiologischen Risiken, aus veränderten Erwartungen mündiger und autonomer BürgerInnen sowie aus den hohen Gesundheitsausgaben, nicht zuletzt aufgrund des medizinisch-technologischen Fortschritts (vgl. Sottas/Brügger, 2012, S.9f).

Auch der dt. SVR weist in seinem Gutachten 2009 (Kapitel 6 „Status quo und Handlungsbedarf in der Gesundheitsversorgung“) nachdrücklich auf zukünftige Erfordernisse hin:

“Statt (allein) in der Akutversorgung der Bevölkerung, besteht die wichtigste Aufgabe in Zukunft in einer adäquaten Versorgung von chronisch und mehrfach erkrankten Patienten hohen Alters und in einem Konzept der generationenspezifischen Gesundheitsversorgung, die den sich wandelnden Bedürfnissen im Lebenslauf von Patienten entspricht. Die Koordination der Versorgung wird dabei zum leitenden Prinzip.“ (SVR, 2009, S.93)

Genau hier ortet man im derzeitigen System noch vielfältige Defizite. Im Hinblick auf eine generationenspezifische Versorgung müssen Kriterien wie Effizienz und Effektivität sowie Qualität und Nachhaltigkeit diskutiert werden. Es stellt sich die Aufgabe ein Versorgungsmodell zu beschreiben, dass bereits beim Kind mit geeigneten präventiven Maßnahmen ansetzt, die Bevölkerung in Folge bei altersspezifischen Fragestellungen optimal begleitet und im Alter problembezogen betreut und versorgt. Das im Sondergutachten vorgeschlagene Zukunftskonzept bezieht sich demgemäß auf eine koordinierte, generationenspezifische und nach regionalen Gegebenheiten und Bedürfnissen differenzierte Gesundheitsversorgung. Der SVR weist auch darauf hin, dass gerade eine zunehmend alternde Gesellschaft mit einem Anstieg von hochbetagten Personen eine überwiegend ortsnahe Gesundheitsversorgung benötigen wird (vgl. SVR, 2009, S.14 f). Im Kapitel 7 des Gutachtens „Ausgewählte Konzepte für eine generationen- und populationsbezogene Versorgung“ wird das EU-Konzept zur Primärversorgung (Den Haag 2004), als ein mögliches Zukunftsmodell für Deutschland genannt. Es soll unter anderem analysiert werden, wo durch geänderte soziale und familiäre Strukturen, geschwächte Selbst- und Laienhilfepotentiale kompensiert werden

müssen, bzw. inwieweit die Patientenorientierung verstärkt werden muss, um den geänderten Ansprüchen und Erwartungen sowie dem gestiegenen Informationsniveau der Bevölkerung gerecht zu werden. Weitere Ziele des Primärversorgungs-Modells sind wiederum eine Partizipation von BürgerInnen, die nachhaltige Versorgung chronischer Erkrankungen und ein starker Teamansatz in der Versorgung.

„Hausarztpraxen müssen zunehmend ihre Kooperation mit anderen Leistungserbringern entwickeln, also in einer Teamversorgung denken. Neben der Koordination mit pflegerischen Leistungen, spielt hierbei die Kooperation mit sozialarbeiterischen Potenzialen, Prävention und vor allem eine angemessene Berücksichtigung von psychischen Gesundheitsproblemen eine Rolle.“ (SVR, 2009, S. 130)

Ziel ist die Reduktion instabiler Episoden chronischer Erkrankungen durch ein besseres Management bzw. eine Stärkung der Selbstversorgungskompetenz in der Bevölkerung. Die optimale Primärversorgung koordiniert Bedarf und Inanspruchnahme von Leistungen, agiert demgemäß wirklich als „Drehscheibe“ zwischen Laien und Experten und stellt somit eine effektive Pufferzone zwischen Selbstversorgungssystem und sekundären/tertiären Versorgungseinrichtungen dar (vgl. Sprenger, 2012).

2.1.4 Primärversorgung in Österreich

Auch Österreich altert rapide. Die demographische Entwicklung läßt zwar einen Bevölkerungszuwachs mit einer jährlichen Wachstumsrate von über drei Promille und damit einen Anstieg der Bevölkerung auf 9,048.000 Personen (+8,5%) bis zum Jahr 2030 erwarten; bedingt durch die Baby-Boom-Jahrgänge der späten 1950er- und frühen 1960er- Jahre ist das künftige Bevölkerungswachstum jedoch von einem starken Alterungsprozess begleitet. Nur im Großraum Wien und in einigen Landeshauptstädten wird dieser Effekt aufgrund des erwarteten, verstärkten Zuzugs abgeschwächt. Das Erwerbspotential (Bevölkerung im Alter von 20 bis 64 Jahren) wird in der Regel in den Ballungsräumen wachsen, in den ländlich geprägten Regionen dagegen sinken. Erwartet wird auch eine signifikante Zunahme von betagten und hochbetagte Personen von über 85 Jahren (vgl. Hanika in ÖROK Prognose, 2010, S. 13 f).

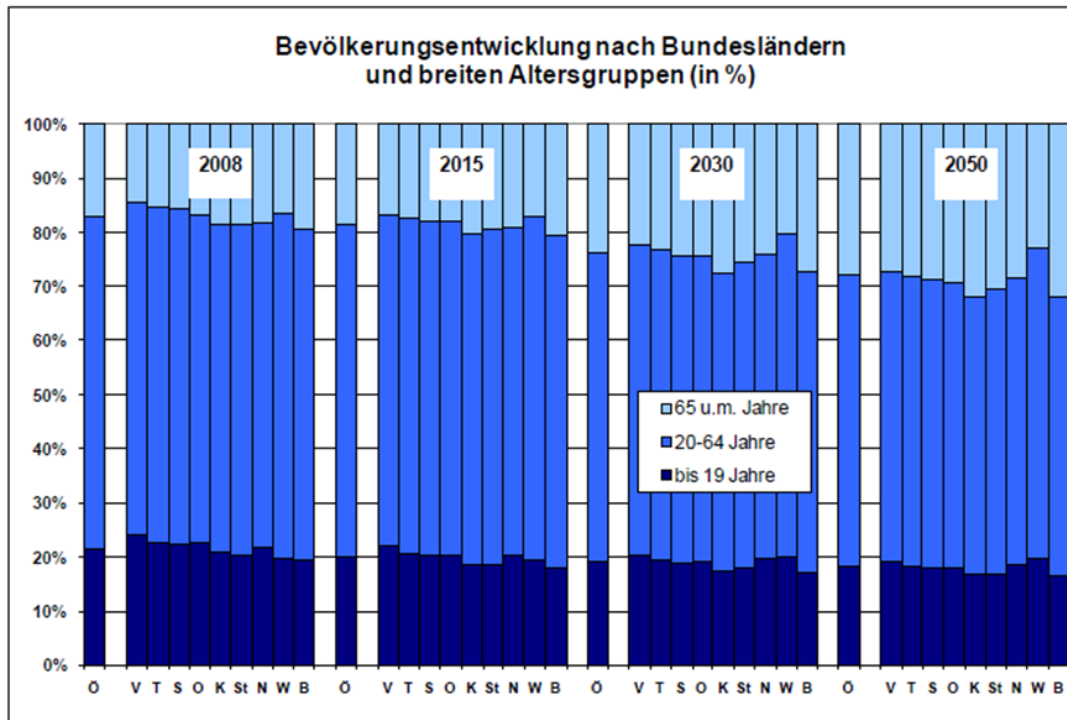


Abbildung 5: ÖROK, Statistik Austria, 2010

Im Zusammenhang mit dieser demographischen Entwicklung diskutieren Bencic und Kastner, 2010, in „Public Health als Option für die Österreichische Sozialversicherung“, folgende Kausalitätskette:

„Die demografische Alterung der Bevölkerung zieht eine steigende Zahl chronisch kranker Menschen sowie ein zunehmendes, aber immer ineffizienteres Angebot an Leistungen und Gütern zur Krankenbehandlung nach sich und löst damit ernste Finanzierungsprobleme aus. Darüber hinaus verstärken viele Rezepte zur Bewältigung dieser Finanzierungsprobleme durch die Benachteiligung sozial schwacher Bevölkerungsteile noch die ohnehin schon vorhandene Ungleichheit der Gesundheitschancen.“ (Bencic/Kastner, 2010)

Die Autoren halten fest, dass Alter per se nicht zwingend gleichzusetzen ist mit Krankheit und Pflegebedarf. Empirische Daten der letzten Jahrzehnte weisen darauf hin, dass sich die österreichischen SeniorInnen zunehmend gesünder fühlen, obgleich sich diese „selbstberichtete Gesundheit“ nicht im Rückgang der Krankenversorgung statistisch niederschlägt. Diese Widersprüchlichkeit begründet sich einerseits, in der Ausweitung des medizinischen Leistungsangebots im Sinne einer „Medikalisierung des ganzen Lebens“ sowie durch eine zunehmende Behandlung gesunder Personen und

andererseits durch ein Anwachsen therapeutisch aufwändiger, chronischer Krankheitsbilder. Es ergibt sich für die Autoren hier ein Dilemma im Hinblick auf die medizinisch-kurative Industrie (Arzneimittel-, Diagnostika- und Geräteindustrie). Sie bietet nur geringfügige Gesundheitsgewinne, dafür aber hohe Kostenzuwächse an (vgl. Bencic/Kastner, 2010, S.5ff).

Die moderne Medizin trägt tatsächlich nur einen kleinen Teil dazu bei, dass die Lebenserwartung in der Bevölkerung steigt. Ihr Erfolg liegt vielmehr darin, immer mehr Menschen mit chronischen Krankheitsverläufen ein längeres Leben zu ermöglichen. Eine suboptimale Versorgung von Betroffenen führt jedoch nicht zu einer besseren subjektiven Gesundheit in der Bevölkerung, sondern zur ineffektiven Kostensteigerung im Gesundheitssystem. Es braucht daher ein langfristiges und effizientes Versorgungskonzept, mit dem man dieser Entwicklung begegnen kann. Ein möglicher Ansatz liegt, wie bereits beschrieben, in der Stärkung der Primärversorgung. Dies insbesondere im Hinblick auf eine koordinierende Funktion zwischen Laiengesundheit und Hochleistungsmedizin (vgl. Sprenger, 2003).

Nicht zuletzt unter diesem Aspekt, postuliert daher die Österreichische Gesundheitspolitik im Gesundheitsreformgesetz 2013 ein Bekenntnis zum Ausbau der Primärversorgung. Im Zielekatalog zur Gesundheits-Zielsteuerung findet sich das Ziel der *„Nachhaltige(n) Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden, effektiven und effizienten Gesundheitsversorgung für alle“*.

Im Art. 1 (§ 1 G-ZG) des entsprechenden Gesetzes wird ausgeführt:

„Der Bund und die gesetzliche Krankenversicherung werden verpflichtet, gemeinsam mit den Ländern eine integrative partnerschaftliche Zielsteuerung-Gesundheit für die Struktur und Organisation der österreichischen Gesundheitsversorgung auf der Grundlage der derzeit bestehenden Zuständigkeiten und Aufgaben der Partner im Zielsteuerungssystem Gesundheit einzurichten und weiterzuentwickeln.“ (BMfG, 2013)

In den Erläuterungen zum Gesetz findet sich zu Art. 1 (§§ 4 bis 7 G-ZG):

„Die Primärversorgung nimmt eine wesentliche Rolle in der Gesundheitsversorgung wahr. In diesem Sinne ist eine Stärkung, der in diesem Bereich tätigen Fachärztinnen/Fachärzte und deren Funktionen vorgesehen. So ist im Rahmen der Zielsteuerung-Gesundheit die Stärkung der Primärversorgung nach internationalem Vorbild auch im niedergelassenen Bereich als wesentliches Handlungsfeld festgelegt. So kommt der Primärversorgung als allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung eine zentrale Bedeutung zu. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet eine ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung.“ (BMfG, 2013, S.19)

Davon unabhängig heißt es zusätzlich in der Rubrik zielgerichteter Ausbau von Prävention und Gesundheitsförderung:

„Länger leben bei guter Gesundheit“ ist eines der Kernziele der Gesundheitsreform 2012/2013. Prävention und Gesundheitsförderung spielen daher eine zentrale Rolle (...).“ (BMfG, 2013, S14)

Eine Auswertung von OECD Gesundheitsdaten von 1970 – 1998 durch Marcino und Starfield bestätigt, dass die Stärke des primärärztlichen Systems eines Landes negativ assoziiert ist mit der Gesamtsterblichkeit, einer vorzeitigen Sterblichkeit, der vorzeitlichen Sterblichkeit an Asthma und Bronchitis, Emphysem und Pneumonie und an kardiovaskulären Erkrankungen (vgl. Stigler, 2011, zitiert nach Marcino/Starfield, 2003). Auch der Gesundheitsökonom Ernest Pichlbauer erwartet durch die Stärkung von Primary (Health) Care in Österreich: *„... (die) Senkung von Spitalsaufenthalten, der Überweisungen zum Facharzt, eine Verringerung von Fehlbehandlung und Fehldiagnosen, ein längeres Leben chronisch Kranker in besserer Gesundheit (...) nicht zuletzt dadurch die Senkung der Gesamtkosten in der Gesundheitsversorgung.“* (Pichlbauer, 2010)

In Österreich wird bislang über Primärversorgung, Hausarztmodell, Primary Care... viel debattiert. Den Status quo im Hinblick auf die Entwicklung der Primärversorgung hierzulande, beforchte Florian Stigler im Rahmen einer Masterarbeit 2011. Die Methodik der Arbeit richtet sich nach einem, von Barbara Starfield in den USA entwickelten Evaluierungsinstrument, mit dem bereits 2002 die Primärversorgung von 13 OECD Ländern untersucht wurde.

Das Ergebnis für Österreich ist ernüchternd. Unter den 14 verglichenen Ländern ist Österreich auf Platz 10. Österreich wird somit als ein Land mit „low primary care“ eingestuft.

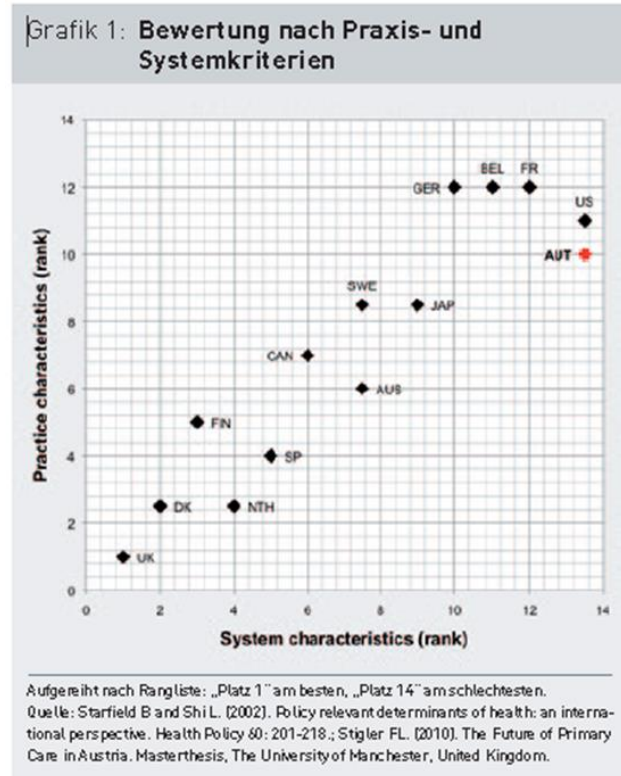


Abbildung 6: Stigler, 2011

Stigler sieht, basierend auf dem Ergebnis seiner Studie, Reformoptionen, unter anderem eine „Neuorientierung des Gesundheitswesens von der Spitalslastigkeit zur Primärversorgung“ (vgl. Stigler, 2011). Der Autor benennt eine *starke Orientierung in Richtung Primärversorgung assoziiert mit guter Gesundheit der Bevölkerung und geringeren Kosten für das Gesundheitssystem.*

2.2 Das SMZ Liebenau

Das SMZ Liebenau, als Modell einer Primärversorgung mit „Gesundheit und Sozialem unter einem Dach“, ist in Österreich möglicherweise einzigartig.

Der Grazer Stadtbezirk Liebenau, vormals eher ländlich strukturiert, gilt als ein zunehmend von Industrie, Gewerbe und Verkehr belastetes Gebiet. Der Anteil hier lebender Menschen über 60 ist erhöht, ebenso die Zahl von BürgerInnen aus sozial niedrigen und bildungsfernen Schichten (vgl. Gruber, 2002, S.10). 1984 wird der Standort Liebenau für die Praxisniederlassung daher bewußt gewählt, um ein umfassendes Versorgungsangebot für diesen vielfach benachteiligten Grazer Stadtbezirk zu schaffen. (vgl. SMZ-Info, August 2005). Die Gründungsmitglieder bezeichnen die Entstehung des SMZ Liebenau auch als „Gegenentwurf zum streng hierarchischen und patientenfernen Medizinbetrieb der 70er Jahre“. Es sei dem „Gründergeist“ der 80-er Jahre zu verdanken, dass, nach 2 jähriger Vorlaufzeit im Oktober 1984, vorerst drei praktische Ärzte mit Kassenverträgen, eine Physiotherapeutin sowie eine „Beratungsstelle für psychische, rechtliche und soziale Fragen“ mit der Arbeit beginnen können. Anfangs gibt es Widerstände und Hürden zu überwinden, denn das SMZ Liebenau betritt mit dieser Konstellation - auch rechtlich - in Österreich absolutes Neuland (vgl. SMZ Info, 2005, S.1).

Ebenfalls 1984 werden am selben Standort die Familienberatungsstelle Graz-Süd und der gemeinnütziger Verein für Praktische Sozialmedizin gegründet (vgl. Gruber, 2002). Eine von Herta Scheucher et.al 1985 durchgeführten Bezirksstudie für Liebenau, stellt historische, sozioökonomische und Gesundheitsdaten dar. Als Reaktion auf die Ergebnisse der Studie erweitert das SMZ sein Angebot und bietet fortan zusätzlich Sozialarbeit an. 1986 wird erstmals eine PatientInnenzeitung aufgelegt, aus der die heutige SMZ-Info hervorgeht.

Ab 1990 ergänzt eine Krankenschwester das Team. In den Folgejahren wird die Hauskrankenpflege für Puntigam und Liebenau als Bestandteil des SMZ aufgebaut. 1992 und 1994 kommen Heimhilfe und Altenhilfe dazu. Zur Jahrtausendwende hat das SMZ über 20 Mitarbeiter.

Die Befähigung von BewohnerInnen im Bezirk ist von Anfang an ein Kernanliegen des SMZ Liebenau. Es werden diverse Bürgerbeteiligungsprojekte im Bezirk initiiert und unterstützt (Sauberes Grundwasser Liebenau, Rettung des Puch-Zweiradwerkes,

Tschernobyl Initiative gegen atomare Bedrohung, Bürgerkomitee Liebenau Verkehrsinitiative...). 1997 startet eine erfolgreiche Initiative zur Erhaltung der Siedlung „Am Grünanger“, die auch den ersten Schritt für die offizielle Gesundheitsförderungsarbeit des SMZ Liebenau setzt.

1998 wird die „Gesundheitsförderungskonferenz“ installiert, die „Gesundheitsplattform Liebenau“ eingerichtet sowie die PatientInnenzeitung SMZ-Info neu aktiviert und erweitert. 1999 startet der „Roundtable Grünanger“ und die Veranstaltungsreihe „Forum für Sozialmedizinische Praxis“ findet erstmals statt. In diese Zeit fällt auch das internationale Symposium „Lieber reich und gesund als arm und krank“. In den folgenden Jahren baut das SMZ seine Gesundheitsförderaktivitäten laufend aus.

2001 wird der vom SMZ Liebenau und dem Institut für Sozialmedizin erstellte Gesundheitsbericht „Wie gesund ist Liebenau?“ präsentiert. 2002 wird die Gründung des Seniorenverbundes Liebenau initiiert und erstmals werden Sexualberatung, sowie Mediation bei Konfliktfällen angeboten. Ebenso wird eine Studie zur Situation der Jugend in Liebenau durchgeführt und öffentlich präsentiert. Daraus resultiert die Veranstaltungsreihe „Jugend in Liebenau“ (vgl. SMZ Info, 2005, S.1 ff).

2004 unterstützt das SMZ die Liebenauer Union der Bürgerinitiativen, kurz LUBI genannt. Aus einem „Bedürfniskatalog“ für den Bezirk wird in Folge das Leitbild „Gesundes Liebenau“ entwickelt, welches 2006, im Rahmen der „Gesundheitsplattform Liebenau“, präsentiert wird (vgl. SMZ, 2006).

Als Höhepunkt der Gemeinwesenarbeit bis dato, findet in den Jahren 2008 bis 2011, das vom FGÖ und dem Land Steiermark geförderte Projekt „Sta.ges - Stadtteilgesundheit für Alle“ statt. Initiativen aus diesem Projekt werden nachhaltig bis heute fortgeführt, wie das „Walken an der Mur“, der „Brunch am Grünanger“, der „Garten für alle“ usw.

2013 beschließt das SMZ eine Kooperation mit dem Verein „pro mente“.

Für 2014 ist der Umzug in ein neues Gebäude geplant.

2.2.1 Struktur und Angebot

Aus der Gründungsidee der frühen 80-er Jahre ist ein „Zentrum der integrativen Gesundheitsversorgung“ geworden. Das SMZ Liebenau besteht strukturell aus mehreren Teilbereichen. Rechtlicher Träger ist der schon genannte gemeinnützige „Verein für praktische Sozialmedizin“. Ein jeweils für 5 Jahre gewählter Vereinsvorstand bestehend aus Obmann, Kassier und Schriftführer verwaltet und koordiniert das SMZ. Die allgemeinmedizinische Praxisgemeinschaft und die Physiotherapiepraxis sind selbständige Wirtschaftskörper. Die anderen Bereiche werden auf Basis von Fördergeldern zum größten Teil aus öffentlicher Hand (Land Steiermark, Stadt Graz, BM für Gesundheit, FGÖ, GÖG, AUVA...) unterstützt, bzw. durch Selbstbehalte der Betreuten finanziert (vgl. Gruber, 2002).

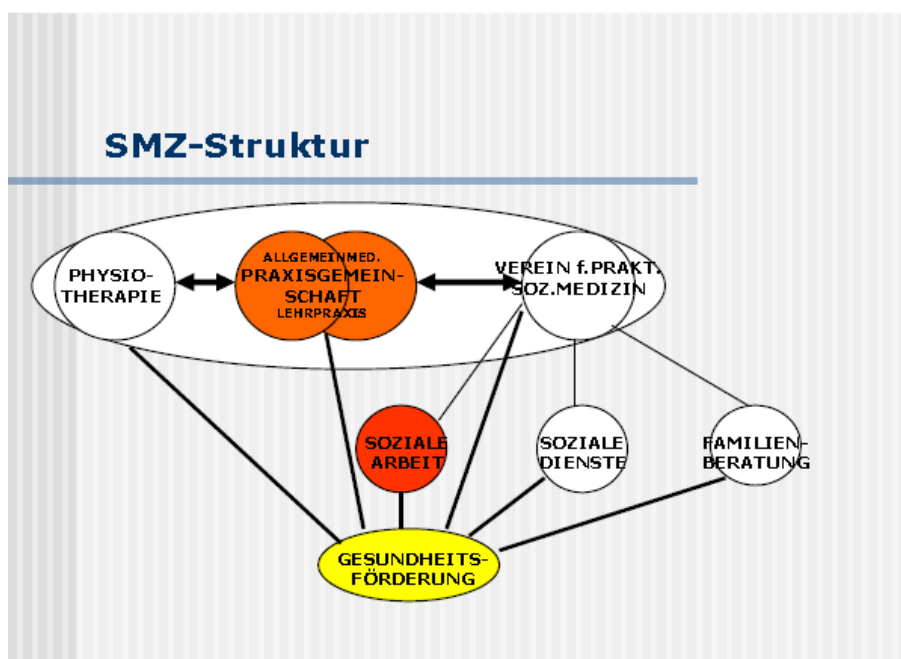


Abbildung 7: SMZ, o.J.



Abbildung 8: SMZ, Homepage, Angebot

Das Angebot unter einem Dach ist vielfältig. Die Kassenärztliche Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin besteht heute aus zwei Hausärzten mit zusätzlicher Psychotherapieausbildung, einem Turnusarzt und zwei Arzthelferinnen. Sie steht den PatientInnen für ca. 80 Wochenstunden zur Verfügung und bildet die primärmedizinische Basisversorgung des SMZ Liebenau. Zu den angebotenen Leistungen zählen die Diagnose, Therapie und Erstversorgung aller Erkrankungen, für alle Altersgruppen und unter besonderer Berücksichtigung seelischer und sozialer Zusammenhänge. Behandelt werden „banale“ Infekte ebenso, wie schwere chronische Krankheitsverläufe. Laboruntersuchungen, Vorsorge- und Mutter-Kind-Pass-Untersuchungen, Impfberatung, das Ausstellen diverser Atteste oder Gutachten für Versicherungen und Ämter stehen ebenfalls am Arbeitsprogramm. Der Einsatz von Medikamenten erfolgt nach kritischen und industrie-unabhängigen wissenschaftlichen Informationen (Arznei-Telegramm, British Medical Journal). Zusätzlich werden naturheilkundliche Medikamente, Neuraltherapie, Injektions- und Infusionsbehandlung, Schmerztherapie, Akupunkturbehandlung in Verbindung mit anderen Behandlungsmethoden (Schulmedizin, Psychotherapie) etc. angeboten. Besonderer Wert wird auf Beratung gelegt, rund um vielfältige Themenbereiche wie Partnerschaft (Empfängnisverhütung, Schwangerschaft, sexuelle Probleme, Beziehungsschwierigkeiten), Probleme am Arbeitsplatz („mobbing“, „burn out“), Arbeitsmedizin, Umwelt- und Sportmedizin. Die Suchtberatung und -behandlung (einschließlich Substitutionstherapie) nach § 15 Suchtmittelgesetz, stellt einen gesonderten Schwerpunkt im Praxisalltag dar. Als zusätzlicher Bonus zur medizinischen Behandlung wird auf der SMZ Homepage der

fachliche Austausch in der Praxisgemeinschaft und innerhalb des SMZ Teams sowie die Zusammenarbeit mit ausgewählten FachärztInnen und anderen Heilberufen angegeben (vgl. SMZ Homepage, 2013).

Das SMZ Liebenau bietet auch ständige Sozialarbeit an. Schwerpunktmäßig werden Personen mit psychischen Belastungen bzw. psychisch Kranke betreut. Diese erhalten Information und Beratung zu umfangreichen Themenkreisen (finanzielle Absicherung, sozialrechtliche Fragen, Unterkunft und Wohnen, Krankheit und Auswirkungen, Wege zur gesundheitlichen, sozialen und beruflichen Rehabilitation, Beziehungen und soziales Umfeld, Freizeitgestaltung, therapeutischen Angebote...). Angeboten wird auch Unterstützung bei Behördenwegen, sowie mobile psychosoziale Betreuung und Begleitung. Ziel ist es, psychisch kranke Menschen möglichst in ihrem Wohnumfeld zu betreuen. Für den Bereich der häuslichen Pflege wird, in Zusammenarbeit mit den mobilen Pflegediensten im Süden von Graz (Hauskrankenpflege für Puntigam und Liebenau), Unterstützung angeboten. Diese bezieht sich vor allem auf das Stellen von Pflegegeldanträgen, Beratung pflegender Angehöriger, Vermittlung mobiler Hauskrankenpflege, von Heil- und Behelfsmitteln und vielem mehr. Weitere Aufgabenfelder der Sozialarbeit im SMZ Liebenau ergeben sich u.a. im Rahmen der betrieblichen Sozialarbeit („Leben & Arbeiten“ das Magna powertrain Mitarbeiterservice), sowie in der Beratung und Hilfestellung bei allgemeinen rechtlichen und sozialen Fragestellungen der Liebenauer Bevölkerung. Im Rahmen von Suchtberatung und Therapie unterstützt und begleitet die Sozialarbeit die ärztliche Behandlung. Finanziert wird dieser Bereich durch Subventionen des Landes Steiermark (Gesundheit und Soziales), sowie der Stadt Graz (Sozialamt). Für PatientInnen sind diese Angebote kostenlos und anonym (vgl. SMZ Homepage, 2013).

Physiotherapie ist ebenfalls von Anfang an ein fixer Bestandteil des SMZ Angebotes. Die Therapien ergänzen und unterstützen die ärztliche Behandlung. Die Leistungen können bei einem geringen Selbstbehalt mit der jeweiligen Krankenkasse gegenverrechnet werden.

Psychotherapie wird, ganz im Sinne der ganzheitlichen Betrachtung des Menschen, in Form von Gestalt- und Familientherapie, systemischer Therapie, als Einzel- oder Gruppentherapie angeboten. Musiktherapie ergänzt das Konzept der ganzheitlichen Betreuung.

Die Familienberatungsstelle Graz Süd, auch von Beginn an ein Teil des SMZ Liebenau, bietet zusätzlich ein umfangreiches Repertoire an. Sie inkludiert eine Rechtsberatung, psychotherapeutische Beratung, die ärztliche Beratung, Sexualberatung sowie die Sozialberatung. Zu den ständigen MitarbeiterInnen der Familienberatungsstelle gehören die beiden Stammärzte, eine Familientherapeutin, zwei Sozialarbeiterinnen (eine davon mit familientherapeutischer Ausbildung), eine Sexualtherapeutin sowie ein Jurist (vgl. SMZ Homepage, 2013).

Seit 1998 wird vom SMZ Gesundheitsförderung auf 3 Ebenen betrieben, als Einzelfallarbeit (im Rahmen von Allgemeinmedizin, Sozialarbeit, Physiotherapie, Beratungsstelle), als Arbeit mit Gruppen (Gesundheitsplattform, Seniorenplattform, Projektarbeit „Sturz und Fall“...) und im Hinblick auf strukturelle Veränderungen im Bezirk (Stadtteilarbeit, Leitbild „Gesundes Liebenau“). Die GF-Arbeit richtet sich nach den Prinzipien der Ottawa-Charta (1986).

Eine innerbetriebliche Gesundheitsförderung im SMZ dient der Qualitätssicherung und soll einer Überforderung der Mitarbeiter vorbeugen helfen (vgl. Zelinka-Roitner, SMZ Homepage, 2013).

2.2.2 Arbeitsgrundsätze, Ziele und Leitbild

Die Werte des SMZ Liebenau finden sich im 2005 erstellten Leitbild wieder:

- *Arbeit nach sozialmedizinischen Grundsätzen und Sichtweisen (Der Mensch wird in Bezug zu seiner Umwelt betrachtet, anstatt nur auf Krankheit und Symptome zu sehen).*
- *Vernetzte Zusammenarbeit und Kooperation zwischen medizinischen, therapeutischen und sozialen Berufen.*
- *Teamarbeit vor Einzelarbeit.*
- *Umfangreiches Versorgungsangebot im Bezirk.*
- *Jeder Mensch ist willkommen.*

(Urlesberger, 2012, zitiert nach SMZ 2005)

Die Ziele aus den Statuten des Vereins für praktische Sozialmedizin weisen auf den breit gewählten Aktionsradius des SMZ Liebenau hin:

- *Förderung der praktischen Umsetzung der Erkenntnisse aus den Gebieten der Psychosomatischen- und Sozialmedizin.*
- *Betreuung der Bevölkerung mit qualifizierten psychotherapeutischen und physiotherapeutischen Diensten entsprechend dem sozialmedizinischen Ansatz.*
- *Die Betreuung der Bevölkerung mit sozialmedizinischen Pflegediensten, d.h. mit Diplomkrankenschwestern/-pflegern, Alten-, Pflege- und HeimhelferInnen in Zusammenarbeit mit den Krankenanstalten und frei praktizierenden Ärzten, sowie Förderung aller Maßnahmen, die diesem Zwecke dienlich sind.*
- *Beratung von Angehörigen, zur Verfügung stellen von Heilbehelfsmitteln.*
- *Unterstützung der Betroffenen durch alle Berufe des SMZ.*
- *Gesundheitsförderung und -vorsorge durch Sozialarbeit im medizinischen, psychologischen und sozialen Kontext, sowie alle im SMZ vertretenen Berufsgruppen.*
- *Zusammenarbeit zwischen Ärzten, medizinischen Pflege- und Hilfspersonal, Physiotherapeuten, Sozialarbeitern, Psychologen, Psychotherapeuten, Juristen und ähnlichen Berufsgruppen in enger Kooperation mit der Praxisgemeinschaft.*
- *Durchführung von Fortbildungs-, Informations-, und Beratungstätigkeiten auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung und Gesundheitsvorsorge.*
- *Der Verein strebt die Verbreiterung der Konzepte der praktischen Sozialmedizin in der Öffentlichkeit an und beabsichtigt die Zusammenarbeit mit den Vereinen und Initiativen ähnlicher Zielsetzung im gesamten Bundesgebiet zu fördern.*
(Gruber, 2002 zitiert aus den Statuten)

Die mobile Hauskrankenpflege, Alten- und Heimhilfe Graz Süd, vormals vom SMZ gegründet und ursprünglich in den Statuten des Vereins für Sozialmedizin verankert (siehe Ziele...), sind aufgrund einer lokalpolitischen Entscheidung nicht mehr an das SMZ angegliedert. Die Ausgliederung der Sozialen Dienste wird vor allem von seiten der Allgemeinmediziner im SMZ sehr bedauert (aus dem Interview mit Mittelbach, Possert). Wie man sich die Zusammenarbeit davor vorstellen darf, beschreibt ein Artikel aus dem Jahr 2003. Die MitarbeiterInnen der mobilen Pflegedienste im SMZ berichten, dass der tägliche Kontakt mit dem SMZ Liebenau (Dienstbeginn und Dienstende) für sie wichtig ist damit betreuungsrelevante Informationen nicht verlorengehen können. Regelmäßigen Dienstbesprechungen ergänzen den umfassenden organisatorischen

und patientenbezogenen Austausch. Gemeinsame Hausbesuche der Pflegedienste mit anderen Berufsgruppen des SMZ eröffnen neue Blickwinkel ins häusliche Umfeld der PatientInnen. Ärztliche und pflegerische Betreuung können koordiniert werden, bei Bedarf kann eine Sozialarbeiterin gleich vor Ort Unterstützungsmöglichkeiten klären. Monatlich stattfindende „interne Fallkonferenzen“ im SMZ ermöglichen allen beteiligten Berufsgruppen ihre Sichtweise zum jeweiligen Patientenschicksal einzubringen. Gemeinsame Lösungsstrategien können entwickelt werden. Bei komplexeren Anforderungen werden Helferkonferenzen einberufen. Alle an der Betreuung beteiligten Professionen, sowie Angehörige, arbeiten hierbei gemeinsam, wenn nötig auch mit Institutionen außerhalb des SMZ, einen Versorgungsplan aus. Der Benefit dieser interdisziplinären Arbeit wird im SMZ-Info Artikel 2003 wie folgt zusammengefasst:

„Ärzte, Diplomgesundheits- und Krankenschwestern (DGKS), Alten-, Pflege- und HeimhelferInnen, Physiotherapeutin, PsychotherapeutInnen, Sozialarbeiterin, JuristInnen,..- die Unterschiedlichkeit der Berufe im SMZ bringt eine große Bandbreite an Herangehensweisen, Denkmustern und Arbeitsprinzipien mit sich, die Interdisziplinäre Kooperation ist für uns nicht nur Notwendigkeit, sondern trägt dazu bei, dass die Qualität unserer Arbeit und die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen und KundInnen gesteigert wird.“ (SMZ-Info Dez.2003, S.3)

Eine Weiterführung der mobilen Pflegedienste unter dem Dach des SMZ scheiterte nicht zuletzt auch aufgrund der fehlenden Finanzierung und Kostendeckung dieser zusätzlichen Leistungen (aus dem Interview mit Mittelbach, Possert).

Die Vernetzung der verbliebenen Arbeitsbereiche untereinander sowie auch nach außen, kann als Kernkompetenz des SMZ Liebenau bezeichnet werden. Derzeit arbeiten 13 Mitarbeiter aus 8 Professionen im SMZ-Team. Die Kommunikationskultur wird nach wie vor als Basis für die tägliche Arbeit hervorgehoben (vgl. Urlesberger, 2012, S. 29). Die Öffentlichkeitsarbeit, das umfangreiche Angebot „unter einem Dach“, die gute Kommunikation und das rasche aufeinander Abstimmen von Therapieplänen, wird auch von PatientInnen sehr positiv beurteilt und unterscheidet das SMZ Liebenau von anderen, in Österreich üblichen, Arztpraxen (vgl. Gruber, 2002, S. 27).

2.2.3 Interdisziplinäre Teamarbeit unter einem Dach

Im Juni 2013 werden im Rahmen eines Leitfadeninterviews 5 Vertreter verschiedener Berufsgruppen im SMZ gebeten zur interdisziplinären Zusammenarbeit Stellung zu beziehen. Der Fokus der Frage liegt auf mögliche Vorteile, die sich für die jeweilige Profession, durch die interdisziplinäre Aufstellung des SMZ-Teams ergeben.

Rainer Possert, praktischer Arzt und Gründungsmitglied des SMZ, hält das Konzept der interdisziplinären Teamarbeit für einen *Vorteil für die PatientInnen* sowie auch *total erleichternd für die Arbeit des Arztes*. Sozialarbeiterische Fragen, diverse Anträge, Rechtsberatung, Therapien... können vor Ort geklärt bzw. angeboten werden. Possert sieht den Schwerpunkt der täglichen Versorgung im SMZ in der basismedizinischen Arbeit und belegt das durch Patientenkontaktzahlen. Er räumt für sich jedoch eine *medizinzentrierte Sicht* ein. Die anderen Bereiche betrachtet er als *hilfreiche Unterstützung, damit er als Arzt seine Arbeit besser machen kann*. Die Bereitschaft zur Kooperation mit anderen Berufen, auf die Sprache der anderen Bereiche einzugehen, vor allem auch in Richtung Psychosomatik und Soziales, beschreibt er bei den Ärzten im SMZ als besonders groß. Gerade im Finden einer *gemeinsamen Sprache* der *unterschiedlich ausgebildeten, bzw. beruflich sozialisierten Bereiche*, sieht er aber auch *eine große Herausforderung an die interdisziplinäre Zusammenarbeit*.

Gustav Mittelbach, ebenfalls praktischer Arzt und Gründungsmitglied, erwähnt seine Ausbildungszeit an einer Station für Kinderpsychosomatik, wo interdisziplinäre Teamarbeit und Supervision selbstverständlich waren. Bei Praxisgründung war ihm ein *breiteres Medizinverständnis* wichtig. Aus seiner Sicht *müssen Ärzte nicht alles selber machen und die besseren Sozialarbeiter, Psychotherapeuten etc. sein; auch wenn sie sich, im Laufe ihrer Berufszeit, viele Zusatzqualifikationen aneignen können*. Für ihn sollten Berufsgruppen, die im Gesundheitswesen arbeiten, auch Teil des Teams sein. Probleme für interdisziplinäre Praxisteamer ortet er im Hinblick auf die Organisation und vor allem bei der Finanzierung. Die einzelnen Berufsgruppen werden unterschiedlich finanziert. *Sozialarbeit wird zum Beispiel aus dem Budget des Sozialressorts bezahlt, dafür sind Gesundheitspolitiker nicht zuständig*. Auch die *parteilich unterschiedlichen Ressortverteilungen* können hinderlich sein diese Art der interdisziplinären Zusammenarbeit finanziell zu unterstützen. Zusammenfassend betrachtet er die Zusammenarbeiten als eine *selbstverständliche Idee*; wirft aber kritisch

ein, dass es auch nicht gut sei, die Arbeit an einem Patienten immer mehr aufzuspalten. Der Arzt sollte schon für die „Gesamtsituation der PatientInnen verantwortlich bleiben und sich Fachmeinungen des Teams einholen. Eine Aufgabenteilung ersetzt keinesfalls die Verantwortung des Arztes für die PatientInnen.

Aus Sicht der Sozialarbeiterin Birgit Paller liegen die Vorteile in der *engen Kooperation mit dem ärztlichen Team*. Für PatientInnen bedeutet das, sie können niederschwellig und rasch dem Arzt bzw. umgekehrt vom Arzt der Sozialarbeit vorgestellt werden. Sie *müssen das Haus nicht verlassen*. Krankengeschichten sind bekannt und müssen nicht immer wieder neu angesprochen werden.

Inge Zelinka-Roitner, Soziologin, zuständig für den Bereich Gesundheitsförderung und Projektarbeit im SMZ Liebenau, betrachtet *Teamarbeit überall und für jeden Bereich als wichtig*. Das gesamte SMZ-Team ist in alle Gesundheitsförderungs-Projekte miteinbezogen. Für sie ist die *gesundheitsförderliche Arbeit ohne medizinischen oder sozialen Teil im Team nicht zielführend*. Die Ärzte des SMZ Liebenau investieren viel zusätzliches Engagement in die Gesundheitsförderung. Fremde niedergelassene Ärzte würden in der Freizeit und ohne Bezahlung, ihrer Einschätzung nach, wahrscheinlich nicht mitmachen.

Christopher Fröch unterstützt als Gesundheitswissenschaftler die Gemeinwesenarbeit am Grünanger und die Öffentlichkeitsarbeit des SMZ Liebenau. Er betrachtet die *raschen und niederschweligen Kontaktmöglichkeiten zu den BürgerInnen* als Vorteil, da diese meist auch PatientInnen der Praxisgemeinschaft oder Klienten der Sozialarbeit im SMZ sind. Sie kennen daher die Infrastruktur des SMZ und nützen die vorhandenen Netzwerke.

2.2.4 Das SMZ Liebenau im Spiegel von PHC

Anlässlich der 15-Jahrfeier des SMZ Liebenau berichtet Majda Slajmer-Japelj, Mitglied des WHO-Kollaborationszentrums Maribor in Slowenien, man habe überall in Europa Demonstrationsmodelle eines Primären Gesundheitsdienstes nach den WHO-Bedingungen zu „Gesundheit 21“ gesucht. Die dabei vorgeschlagenen Bewertungspunkte für die Evaluation von Gesundheitsdiensten auf lokaler Ebene bezogen sich u.a. auf die Fragestellungen ob eine Organisation den Bedürfnissen der speziellen Gemeinde entspricht, die Leute gleichwertig behandelt werden, eine komplexe Gesundheitsversorgung am Standort existiert, eine Zusammenarbeit mit anderen Sektoren besteht, die Dienste allen zugänglich sind und ob die Organisation die Gesundheitspromotion, Prävention und komplette, multiprofessionelle Betreuung von Kranken sowie auch von deren Angehörigen beinhaltet. Im SMZ Liebenau habe man auf all diese Fragen eine positive Antwort bekommen.

Slajmer-Japelj beschreibt das SMZ Liebenau als: *„in der Gemeinde allen zugängliches offenes Haus mit freundlicher Atmosphäre, mit einem multidisziplinären Team ohne rigide Hierarchie und wo alle Generationen Zugang haben“*. (SMZ Info, August 2005, S.13)

Horst Noack, emeritierter Professor für Sozialmedizin, bezeichnet das SMZ Liebenau als *„Pioniereinrichtung“*, welche *„...wie kaum eine andere Organisation seit Beginn seiner Tätigkeit der Bevölkerung eine integrierte, gesundheitsfördernde, präventive und qualitätsorientierte Basisversorgung angeboten (hat) – bürgernah und mit sozialem Gewissen.“* (SMZ Info, August 2005, S.18)

Markus Narath, Herausgeber des Journals für Gesundheitsökonomie, zitiert, im Zusammenhang mit dem SMZ Liebenau, die Empfehlungen zur Organisation von Primary Care aus dem WHO-Bericht zur „hausärztlichen Betreuung in Europa“ (European primary care. Health Council of the Netherlands, Den Haag 2004):

„Primärmedizinische Teams sollten möglichst mit einer gut definierten Bevölkerung oder Gemeinden arbeiten. Das Komitee hält eine Größenordnung von 10-15.000 Personen für günstig, wobei diese Zahl nach Einwohnerdichte und lokalen Fragestellungen schwanken kann... Obwohl die Zusammensetzung eines primärärztlichen Teams an die lokalen Umstände und Bedürfnisse

anzupassen ist, sollten die Patienten Zugang zu folgenden Berufsgruppen haben: Allgemeinmediziner, Krankenschwester, Physiotherapeut, Pharmazeut, Hebamme und Zahnarzt, bei Bedarf eine psychiatrische Krankenschwester, einen Psychologen oder Sozialarbeiter... Zu erwägen ist auch, an die primärärztlichen Teams bestimmte Verpflichtungen im Bereich Public Health zu delegieren. Klingt das nicht alles nach SMZ-Liebenau?“ (SMZ Info, August 2005, S. 21)

Auch Bencic/Kastner beschreiben das SMZ Liebenau als gelungenes Beispiel für ein in Österreich seit mehreren Jahrzehnten funktionierendes Primärversorgungsmodell. Die Autoren sehen gerade im Bereich der Primärversorgung auch einen wichtigen Ansatzpunkt für die Implementierung von Public Health Konzepten und nennen hierfür das SMZ Liebenau als Praxisbeispiel (vgl. Bencic/Kastner, 2010).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das SMZ die in Kapitel 2.1.1 angeführten Merkmale zur „general practice“ erfüllt. Es spiegelt in seiner Arbeit die im EU-Konzept zur Primärversorgung (Den Haag 2004) beschriebenen Kriterien einer guten Primärversorgung wider. Die beiden Ärzte und Gründungsmitglieder des SMZ Liebenau, Mittelbach und Possert, beziehen sich in ihrer Arbeit auf WHO-Ziele, konkret auf Gesundheit 21, Ziel 2 „Förderung benachteiligter Gruppen“, Ziel 13 „regionaler Settingansatz“ und Ziel 15 „Primärversorgung nach PHC-Kriterien“ (vgl. Mittelbach/Possert, 2005).

Mit der kassenärztlichen Praxisgemeinschaft, der Physiotherapie, der Familienberatungsstelle Graz Süd, dem Verein für praktische Sozialmedizin sowie seiner gesundheitsförderlichen Stadtteilarbeit, setzt das SMZ auch die strukturelle und organisatorische Voraussetzung für seine Arbeit als Primary Health Care - Team und als Teil eines wohnortnahen Versorgungsnetzwerkes, wie es der dt. SVR 2009 beschreibt.

Die folgende Abbildung zeigt eine Selbstdarstellung des SMZ Liebenau aus dem Jahr 2003.



Abbildung 9: SMZ Modell, 2003

Das Arbeitsspektrum des SMZ Liebenau deckt die von Trisha Greenhalgh geforderten 10 charakteristischen Eigenschaften von Primary Health Care (siehe Kapitel 2.1.2 und 2.2.4). Die Akteure des SMZ stützen ihre Arbeit ebenfalls auf die genannten Eckpfeiler Ethik, Wissenschaft, Organisation von gerechtem Zugang zu Versorgung, Ressourcen und Lehre. In diesem Zusammenhang kann hier auch die Gesundheitsförderungs- und Gemeinwesenarbeit des SMZ Liebenau (Forum für Sozialmedizinische Arbeit, Bürgerplattformen, Projektarbeit, SMZ-Info...) angeführt werden.

In Bezug auf das Primary Care / Primary Health Care Modell nach Barbara Starfield (2.1.1) erfüllt das SMZ Liebenau nahezu alle Kriterien für PHC. Deshalb, aber auch aufgrund seines langjährigen Bestehens am Standort und der damit verbundenen Langzeiterfahrungen, wäre das Sozialmedizinische Zentrum Liebenau ein geeignetes Praxismodell für Gesundheits- und Versorgungsforschung. Die Thematik der „bedarfsgesteuerten Finanzierung“ von PHC ist nicht Gegenstand dieser Masterarbeit, weshalb nicht näher darauf eingegangen wird.

PRIMARY HEALTH CARE	SMZ Liebenau
FOCUS	
Gesundheit	✓
Ressourcen	✓
(biopsychosoziale) Prozesse	✓
Individuen, Bevölkerungsgruppen	✓
lebendiges System Mensch	✓
Gesundheitsförderung, Prävention, Pflege, Rehabilitation, Kuration	✓
INHALT	
kontinuierliche Versorgung	✓
umfassende Versorgung	✓
ORGANISATION	
Generalisten	✓
Teams	✓
multi-interdisziplinär	✓
bedarfsgesteuerte Finanzierung	???
prozess- und ergebnisorientiert	✓
Gesundheits- und Versorgungsforschung	bietet sich an
Qualitätskontrolle, Evaluierung	✓
verbesserungs-, anpassungs- und reaktionsfähig	✓
VERANTWORTUNG	
intersektorale Zusammenarbeit	✓
Gesundheitsselbsthilfe	✓
Bürgerpartizipation	✓

Abbildung 10: Eigendarstellung nach Sprenger, 2003

3 Kommunale Gesundheitsförderung und Stadtteilarbeit

„Gesundheitsförderung ist ein Prozess mit zwei strategischen Ansätzen: Stärkung von persönlicher und sozialer Gesundheitskompetenz verbunden mit einer systematischen Politik, die auf die Verbesserung von Gesundheitsdeterminanten und den Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit abzielt.“
(gesundheit.steiermark.at zitiert Kickbusch, 2003)

3.1 Gesundheit

Gesundheit ist kein eindeutig definierbares Konstrukt; sie ist schwer fassbar und nur schwer zu beschreiben. (bzga.de, Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, 2010)

Was ist Gesundheit?

...eine persönliche Angelegenheit?

...ein öffentliches Gut?

...ein Grundrecht! (Menschenrechtscharta der Vereinten Nationen)

Eine Möglichkeit, an diese Fragestellung heranzugehen, erfolgt in der Betrachtung dreier Bezugssysteme: Der „Gesellschaft“, als normatives Recht auf Gesundheit und sozialrechtliche Aspekte, der „Medizin“, mit Gesundheit und Krankheit als Erfüllung bzw. Normabweichung physiologischer Parameter, beziehungsweise des „Individuums“, mit seinem subjektiven Empfinden von Gesundheit und Krankheit (vgl. Schwartz, 2012, S. 37f).

Meist wird beim Versuch Gesundheit zu definieren, der Umweg über die Definition von Krankheit, als Oppositionsbegriff genommen. Bei dichotomer Betrachtung des Begriffes Gesundheit können Schwellenwerte oder Normwerte für gesund oder krank definiert werden. Gesundheit und Krankheit schließen sich dann gegenseitig aus. Diese Sichtweise ist für bestimmte Gesetzesdefinitionen oder für den Bezug von Versicherungsleistungen notwendig.

Erklärungsmodelle von Gesundheit und Krankheit definieren sich aber auch gerne über Gesundheitsnormen. Die „statistische Norm von Gesundheit“ definiert als gesund, was auf die Mehrzahl von Menschen zutrifft und bedient sich dabei einer definierten Bezugspopulation und festgelegter Grenzwerte. Die „funktionale Norm“ definiert

Gesundheit darüber, ob ein Mensch in der Lage ist, die ihm durch seine soziale Rolle gegebenen Aufgaben in Bezug auf übergeordnete Werte zu erfüllen. Die wohl bekannteste Definition beschreibt Gesundheit als *„...ein(en) Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen und sozialen Stellung.“* (WHO, 1948). Dieser „Zustand der Vollkommenheit“ beschreibt eine „Idealnorm“ und setzt sich damit dem Vorwurf der Realitätsferne aus (vgl. BZgA, 2001, S.15f).

Die WHO löst jedoch mit dieser Definition den Begriff Gesundheit aus der rein biomedizinischen Sichtweise. Gesundheit wird als multidimensional definiert und umfasst körperliche, seelisch-geistige und soziale Aspekte, die sich gegenseitig beeinflussen. Dieser Gesundheitsdefinition wird in den späten 1990er-Jahren in diversen WHO Dokumenten noch eine ökologische und eine spirituelle Dimension (Lebenssinn), hinzugefügt (vgl. bzga.de, Leitbegriffe der GF, 2010).

Das Biomedizinische Krankheitsmodell wird in den 1970-er Jahren ergänzt durch das Biopsychosoziale Modell des Sozialmediziners Engel. Dieser hält fest, dass neben physischen auch soziale und psychische Faktoren für die Entstehung von Krankheiten verantwortlich sind.

Gleichzeitig wird auch die These entwickelt, dass protektive Ressourcen, Menschen unter Belastung, vor Erkrankung bewahren können. Klaus Hurrelmann wertet verschiedenste Theorien aus, wie Lern- und Persönlichkeitstheorien, Stress- und Bewältigungstheorien, Sozialisationstheorien, Interaktions- und Sozialstrukturtheorien Public-Health-Theorien..., um einen *wissenschaftlich haltbaren und belastbaren Gesundheitsbegriff* abzuleiten. Er formuliert 2006 acht *interdisziplinär tragfähige Maxime* von Gesundheit und Krankheit:

1. *Gesundheit und Krankheit ergeben sich aus einem Wechselspiel von sozialen und personalen Bedingungen, welches das Gesundheitsverhalten prägt.*
2. *Die sozialen Bedingungen (Gesundheitsverhältnisse) bilden den Möglichkeitsraum für die Entfaltung der personalen Bedingungen für Gesundheit und Krankheit.*

3. *Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts, Krankheit das Stadium des Ungleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene.*
4. *Gesundheit und Krankheit als jeweilige Endpunkte von Gleichgewichts- und Ungleichgewichtsstadien haben eine körperliche, psychische und soziale Dimension.*
5. *Gesundheit ist das Ergebnis einer gelungenen, Krankheit einer nicht gelungenen Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen.*
6. *Persönliche Voraussetzung für Gesundheit ist eine körperbewusste, psychisch sensible und umweltorientierte Lebensführung.*
7. *Die Bestimmung der Ausprägungen und Stadien von Gesundheit und Krankheit unterliegt einer subjektiven Bewertung.*
8. *Fremd- und Selbsteinschätzung von Gesundheits- und Krankheitsstadien können sich auf allen drei Dimensionen - der körperlichen, der psychischen und der sozialen - voneinander unterscheiden. (Hurrelmann 2006, zitiert aus bzga.de, Leitbegriffe der GF, 2010)*

Hurrelmann stellt damit die Kompetenz eines Menschen, zur produktiven Auseinandersetzung mit inneren und äußeren Anforderungen, als Voraussetzung für Gesundheit dar. „*Gesundheit ist (...) gegeben, wenn sowohl körperliche und psychische Anforderungen als auch soziale und materielle Umwelтанforderungen von einem Menschen produktiv bearbeitet und bewältigt werden.*“ (Hurrelmann in bzga.de, Leitbegriffe, Stand 2010)

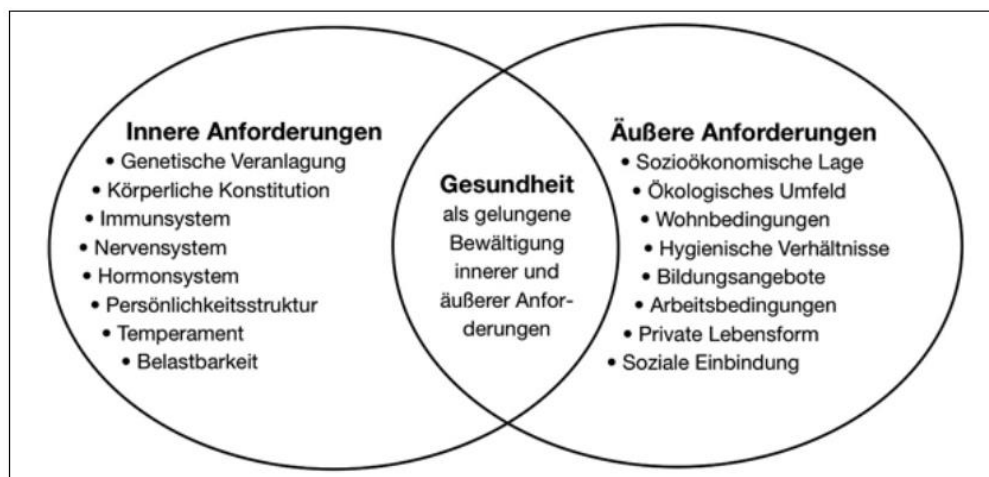


Abbildung 11: Darstellung nach Hurrelmann, 2010

Gesundheit wird demnach als ein mehrdimensionales Phänomen beschrieben und geht weit über „gesund ist nicht krank“ hinaus. Gesundheit stellt eine Fähigkeit dar, Ziele zu erreichen, das Leben zu gestalten, sowie individuelle und soziale Herausforderungen zu bewältigen. Sie kann und soll daher in jeder Lebenssituation, auch bei Vorliegen einer Krankheit (!), angestrebt werden. Gesundheit ist somit kein starrer Endpunkt, sondern ein dynamischer Begriff.

Diese Theorie beschreibt auch das Modell der Salutogenese (Aaron Antonovsky 1923-1994). Gesundheit und Krankheit sind gleichsam 2 Pole eines gemeinsamen „Kontinuums“, auf dem sich der Gesundheits- oder Krankheitszustand bewegt. Das kurative Medizinsystem legt traditionell den Fokus auf die Entwicklung von Krankheit (Pathogenese) und betrachtet Risikofaktoren aus dem Blickwinkel der Krankenversorgung (was macht Menschen krank?). Der Ansatz der Salutogenese ermöglicht den Blick auf dem Kontinuum in Richtung Gesundheit (was erhält Menschen gesund?) und sucht nach protektiven Faktoren (vgl. Bencic/Kastner, S.14). Man ist nicht gesund oder krank, sondern *eher* gesund oder *eher* krank.

Antonovsky beschreibt generalisierte Widerstandsressourcen als Schutzfaktoren, welche ein konstruktives Umgehen mit allgegenwärtigen Stressoren ermöglichen. Stehen ausreichend individuelle wie gesellschaftliche Widerstandsressourcen zur Verfügung, können Stressoren ihr gesundheitsschädigendes Potenzial nicht entfalten.

Zu den individuellen Widerstandsressourcen nach Antonovsky zählen:

gute körperliche Konstitution, ausreichende Immunpotenziale, kognitive Ressourcen wie Wissen, Intelligenz und Problemlösefähigkeit, psychische Ressourcen wie Optimismus, Selbstvertrauen, Ich-Identität, Gesundheitswissen und Vertrautheit mit dem Versorgungssystem, interpersonale Ressourcen wie soziale Unterstützung, soziale Integration und aktive Teilnahme an individuell bedeutsamen Entscheidungs- und Kontrollprozessen, soziokulturelle Ressourcen wie Einbindung in stabile Kulturen, Orientierung an Werten und Überzeugungen, materielle Sicherheit, sicherer Arbeitsplatz, Verfügbarkeit über Dienstleistungen.

Gesellschaftliche Widerstandsfaktoren sind:

Friede, intakte Sozialstrukturen und funktionierende gesellschaftliche Netze, Sicherheit der sozialen Systeme, z.B. der Kranken- und Rentenversicherung.

Stehen einem Individuum viele solcher Widerstandsressourcen zur Verfügung, entwickelt es nach Antonovsky ein Kohärenzgefühl (sense of coherence), eine Grundüberzeugung, dass das Leben, trotz Widrigkeiten, sinnvoll und meisterbar ist. Das Kohärenzgefühl setzt sich wiederum zusammen aus *dem Gefühl der Verstehbarkeit der eigenen Person und der Umwelt (comprehensibility), dem Gefühl der Handhabbarkeit und Bewältigbarkeit (manageability) und dem Gefühl der Bedeutsamkeit und Sinnhaftigkeit (meaningfulness)* (vgl. Franke in bzga.de, Leitbegriffe der GF, 2010).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Gesundheit, aus verschiedenen Blickwinkeln betrachtet, unterschiedlich definiert wird. Der Gesundheitsbegriff der wissenschaftlichen Medizin versteht Gesundheit in erster Linie als „Abwesenheit von Krankheit“. Die sozialwissenschaftliche Sicht weist bei Interpretation und Gestaltung von Gesundheit auf die Bedeutung sozialer Faktoren hin (soziale Stellung, Schichtzugehörigkeit, Geschlecht, ethnische Zugehörigkeit, etc.). Daneben existiert aber auch ein „Laienverständnis“ von Gesundheit. Dieses ist häufig geprägt von Kontrolle „*sich kasteien um gesund zu sein...*“ und Freiheit „*gut tut, was gut tut*“ (vgl. Naidoo/Wills, 2009, S.5ff).

Die Gesundheitsförderung bedient sich eines „umfassenden Gesundheitsbegriffs“, als:

„... das Stadium des Gleichgewichts von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist gegeben, wenn eine Person sich psychisch und sozial im Einklang mit den Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet. Sie ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt.“
(Reis-Klingspiegl, 2011)



Abbildung 12: Reis-Klingspiegl, 2011

3.2 Gesundheitsförderung – Historie

Gesundheitsförderung ist ein relativ junger Begriff. Mitte des 20. Jahrhunderts führen veränderte Lebensweisen und Lebensbedingungen der Menschen zum Wandel im Krankheitsspektrum. Der Anstieg von „Zivilisationserkrankungen“ und die dazu identifizierten Risikofaktoren lenken Anfang der 1980-er Jahre vorerst die Aufmerksamkeit auf Lebens- und Verhaltensweisen in der Bevölkerung. So bewirkt die US-amerikanische Framingham Studie zur Mortalität von Herzerkrankungen, eine Auseinandersetzung mit den identifizierten Risikofaktoren „Rauchen“ sowie „ungesunde Ernährung“ (Cholesterin). Verkürzt betrachtet werden Gesundheitsprobleme als Ergebnis der Lebensweise von Menschen gesehen und stellen die Verantwortung des Einzelnen im Hinblick auf sein gesundheitliches Verhalten in den Mittelpunkt.

Der britische „Black Report“ (Townsend & Davidson 1982) zeigt jedoch einen signifikanten Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und sozialer Schichtzugehörigkeit, sowie damit korrelierend den Aspekten bestimmter Verhältnisse wie der sozialen Stellung, des Einkommens, der Bildung, der Wohnung, des Arbeits- und des Lebensumfeldes. Der Report belegt, dass Menschen aus unteren Sozialschichten, verglichen mit jenen aus höhergestellten Gesellschaftsschichten, ein weit größeres Risiko aufweisen, frühzeitig zu sterben (vgl. Naidoo/Wills, 2009, S.27, S.79 ff).

In Folge nimmt sich die WHO dieses Themas an und spielt bei der Aufgabenstellung und Definition von Gesundheitsförderung eine entscheidende Rolle. Der Blickwinkel wird verlagert von der Prävention bestimmter Erkrankungen, zur Gesundheit und dem Wohlbefinden aller Bevölkerungsschichten. Neu ist auch der Ansatz, dass *... „nicht die Experten und Gesundheitsberufe, sondern die Menschen selbst (...) die Gesundheitsprobleme (definieren), die für sie und ihr soziales Umfeld relevant sind.“* (Naidoo/Wills, 2009, S.93)

Aufbauend auf Alma Ata 1978, wo Gesundheit zu einem „grundlegenden „Menschenrecht“ erklärt wurde, definiert die „Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung“ *„Gesundheit als eine Ressource für das tägliche Leben“*. (WHO, 1986) Ein guter Gesundheitszustand wird als eine wesentliche Bedingung für die soziale, ökonomische und persönliche Entwicklung erkannt und gilt als entscheidender Bestandteil von Lebensqualität. Die Ottawa Charta hält fest, dass *„Gesundheitsförderung (...) auf einen Prozeß (abzielt), allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“* (WHO, 1986).

Die Mitgliedsstaaten werden aufgerufen dieses zu unterstützen und Programme zur Gesundheitsförderung bezogen auf 5 große Handlungsfelder umzusetzen:

1. Schaffen gesundheitsförderlicher Lebenswelten.
2. Unterstützen gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen.
3. Entwickeln persönlicher Kompetenzen und Fähigkeiten im Hinblick auf Gesundheit und Krankheit.
4. Neuorientierung von Gesundheitsdiensten, um „...ein Versorgungssystem zu entwickeln, das auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist und weit über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinausgeht.“
5. Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik.

Advocacy, Empowerment und Vernetzung werden als Handlungsstrategien für die Gesundheitsförderung genannt.

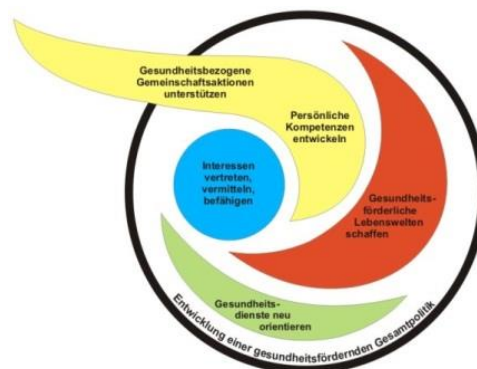


Abbildung 13: Ottawa Charta Logo, AK GF HS.de

Es folgen die Konferenzen von Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997), Mexico City (2000) und zuletzt Bangkok (2003).

Was Gesundheitsförderung für ihn bedeutet, formuliert Nutbeam 1998 wie folgt:

„Gesundheitsförderung verkörpert einen umfassenden sozialen und politischen Prozess. Dazu gehören nicht nur die Maßnahmen zur Stärkung der individuellen Kompetenzen, sondern auch Aktivitäten zur Veränderung der sozialen, wirtschaftlichen und physischen Umweltbedingungen, die zu einer Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung und des Einzelnen beitragen können. Gesundheitsförderung ist damit der Prozess, der den Menschen die Kontrolle über die Faktoren ermöglichen soll, die ihre Gesundheit bestimmen und sie auf dieser Basis zur Verbesserung ihrer Gesundheit befähigt.“ (Naidoo/Wills, 2009, zitieren Nutbeam 1998)

2008 fasst Rosenbrock 4 Innovationen für zeitgemäße *primärpräventive* Interventionen zusammen:

1. Senken von gesundheitlichen Belastungen und Förderung von gesundheitsdienlichen Ressourcen.
2. Aufwertung unspezifischer Interventionen (z.B. durch Partizipation oder sozialer Unterstützung).
3. Priorisierung von Kontextbeeinflussung (z.B. durch GF im Settingansatz).
4. Priorisierung von Partizipation.

Rosenbrock weist darauf hin, *„dass ein mit der Ottawa Charta angestoßener Paradigmenwechsel darin besteht, diese Innovationen als essentielle Bestandteile primärer Prävention aufgewertet und systematisiert zu haben.“* (Rosenbrock, 2008)

3.3 21. Jahrhundert – gesundheitliche Chancengleichheit

Rund 80% der Todesfälle gehen auf nicht übertragbare, chronische Erkrankungen zurück. Todesursache Nummer 1 sind heute Herz-Kreislaufkrankungen, gefolgt von malignen Erkrankungen. Diabetes, chronische Lungenerkrankungen, mentale Erkrankungen und Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates usw. nehmen ebenfalls stark zu und stellen eine große Belastung für das Gesundheitssystem im 21. Jahrhundert dar (vgl. Schwartz, 2012, S.15).

Es gilt als gesichert, dass chronische Krankheiten sowohl von individuellen Risikofaktoren (Rauchen, Alkoholabusus, ungesunder Ernährung, mangelnder Bewegung) begünstigt werden, als auch von kollektiven Risikofaktoren (allgemeine Umwelt- und Klimaeinflüsse, Arbeits- und Verkehrssicherheit) (vgl. Schwarz, 2012, S.16f). Zahlreiche sozialepidemiologische Studien belegen aber auch, dass „...unabhängig von individuellen konstitutionellen Besonderheiten – der sozialen Schichtzugehörigkeit und sozialen Ungleichheit ein gewichtiger Einfluss auf die physische und psychische Gesundheit und damit auf die Lebenserwartung zukommt.“ (Freidl, 2005, S.97) Freidl bezeichnet weiter das Gesundheitsverhalten als einen singulären Faktor in einem komplexen und multifaktoriellen Geschehen. Er weist auf den Einfluss sozialer Determinanten von Gesundheit hin und darauf, dass die Zugehörigkeit zu einer niedrigeren Einkommens- oder Bildungsschicht per se schlechtere Gesundheitschancen bedingen (vgl. Freidl, 2005, S.98).

Im Europa des 21. Jahrhunderts entscheidet also großteils der sozioökonomische Status (Einkommen, Bildung, berufliche Stellung) und die individuelle Lebenslage (zB. arbeitslos, alleinerziehend...), über Krankheitshäufigkeit, Chronizität und Lebenserwartung.

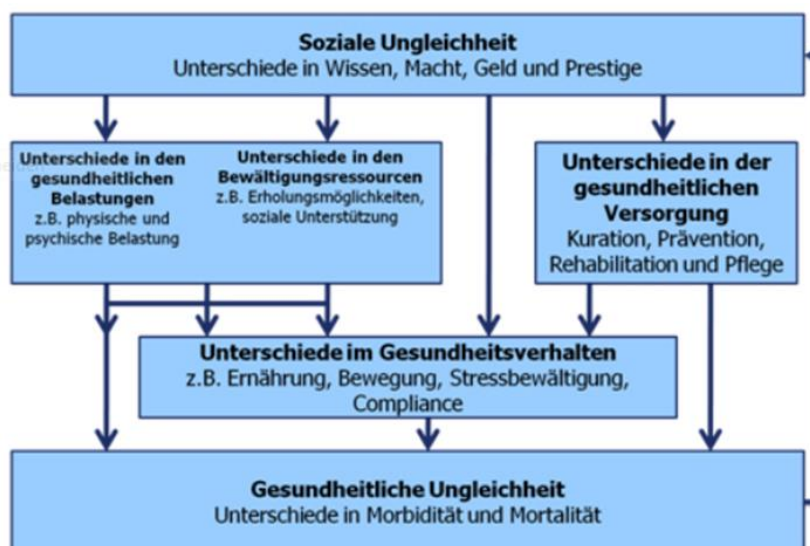


Abbildung 14: nach Mielck, 2000

Soziale Benachteiligung erzeugt auch in reichen Ländern ungleiche Gesundheitschancen. Zudem summieren sich dadurch, aufgrund schlechterer Lebensbedingungen und eines riskanteren Gesundheitsverhalten, von Geburt an die Gesundheitsbelastungen. Der deutsche Kooperationsverbund für gesundheitliche Chancengleichheit nennt daher materiellen Wohlstand, Bildung sowie berufliche Stellung und Prestige als wichtigste Indikatoren für die Messung sozialer Ungleichheit in modernen Gesellschaften (vgl. dt. Kooperationsverbund homepage, 2013).

Auch in Österreich ist man sich dieser Problematik bewusst. Die „Public Health Charta“ der österreichischen Sozialversicherung „Gemeinsam zu mehr Gesundheit für alle!“ bezeichnet ungleich verteilte Gesundheitschancen, die Zunahme von chronischen Krankheiten sowie die demographische, wirtschaftliche und medizinische Entwicklung als eine *zentrale Herausforderung für die Zukunft, welche mit Maßnahmen der Krankenversorgung alleine nicht zu bewältigen ist*. Als grundlegende Prinzipien der Charta werden daher ein umfassender Gesundheitsbegriff, der Fokus auf die Bevölkerungsperspektive, eine Determinantenorientierung, der Blick auf gesundheitliche Chancengleichheit, Empowerment und Partizipation, sowie die Einforderung von „Health in all Policies“ Strategien angeführt. In diesem Zusammenhang wird auch ein wesentlich höherer Stellenwert von Gesundheitsförderung und Prävention eingefordert (vgl. ÖSV, Public Health Charta, o.J.).

Effektive Gesundheitsförderung muss gerade sozial benachteiligte Personen und Gruppen in ihren Lebenswelten erreichen, um hier mit konkreten Maßnahmen ansetzen zu können. Eine Möglichkeit dafür ist der „Settingansatz“ in der Gesundheitsförderung und die „kommunale Gemeinwesenarbeit“.

Mit der Jakarta-Deklaration 1997 werden Prioritäten für die Gesundheitsförderung im 21. Jahrhundert festgelegt. Der Fokus wird auf soziale Sicherheit, Gerechtigkeit sowie gesundheitliche Chancengleichheit gerichtet. Die Unterstützung von Netzwerkbildung für die Gesundheitsentwicklung ist dabei eine programmierte Strategie. Es wird die Wichtigkeit von gesundheitsbezogenen Gemeinschaftsaktionen und einer kollektiven Bürgerbeteiligung hervorgehoben (vgl. WHO, 1997).

3.4 Determinanten der Gesundheit

Die Determinanten der Gesundheit definieren sich als jene Faktoren, die Gesundheit wesentlich beeinflussen. Sie lassen sich in drei große Bereiche zusammenfassen:

1. sozioökonomische Faktoren und umweltbedingte Verhältnisse.
2. Lebensweisen und Lebensstile.
3. Individuelle Faktoren (Alter, Geschlecht und erbliche Faktoren).

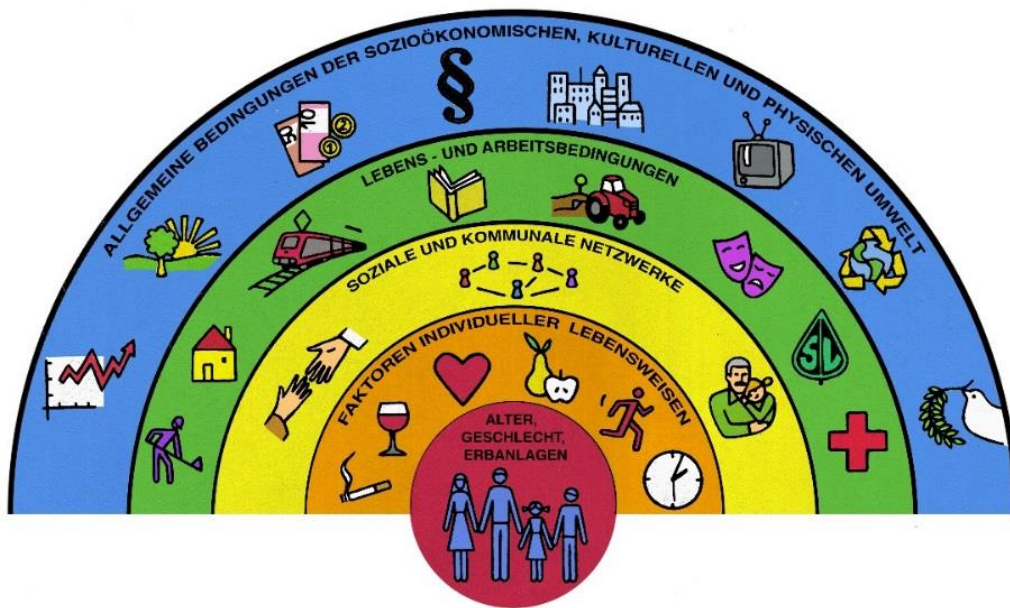


Abbildung 15: FGÖ i.A.an Dahlgren und Whitehead, 1991

Das Regenbogenmodell nach Dahlgren & Whitehead (1991) stellt diese bildlich in 5 übereinander liegenden Schichten dar. Im Zentrum stehen, mit der genetischen Disposition, dem Geschlecht und dem Alter, die unbeeinflussbaren, festen Determinanten der Gesundheit. Die anderen Faktoren, in den umgebenden Schichten können potentiell verändert werden. Die einzelnen Gruppen von Determinanten stehen miteinander in einer wechselweisen Beziehung. Sie haben sowohl einen direkten, als auch einen indirekten, über die nächste Schicht hinausreichenden, Einfluss. Die äußerste Schicht zeigt die allgemeinen Bedingungen der sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umwelt. Sie stellen als Makrofaktoren die komplexesten Determinanten der Gesundheit dar und sind quasi die „Rahmenbedingungen“ von Gesundheit und Krankheit (vgl. Richter/Hurrelmann in bzga.de, Leitbegriffe der GF,

2010). Die Gesundheitsförderung setzt bei jenen Determinanten an, die veränderbar oder beeinflussbar sind, wie Lebensstil und Gesundheitsverhalten (erste Schicht), soziale Integration in unterschiedliche soziale Netzwerke, Lebens- und Arbeitsbedingungen, Bildung, Wohnsituation und Gesundheitssystem (2. und 3. Schicht des Modells).

Das Gesundheitssystem ist nur einer von vielen Einflussfaktoren auf die Gesundheit. Das weitaus größte Gewicht für die Entstehung von Gesundheit und Krankheit haben verhaltensbezogene und soziale Determinanten. Im Hinblick auf Verhaltensweisen ist es jedoch notwendig, die strukturelle Einbettung in individuelle Lebenswelten zu berücksichtigen. Lebens- und Arbeitsbedingungen, oder ökonomische Faktoren haben einen stärkeren Einfluss auf die Gesundheit als das Gesundheitsverhalten allein. Soziale Netzwerke haben wiederum nachweisbar eine positive Wirkweise auf die individuelle Lebensführung.

Richard Wilkinson und Michael Marmot fassen 2003 die Auswirkung eines sozial bedingten Gesundheitsgefälles auf die Determinanten der Gesundheit und damit unmittelbar auch auf Gesundheit und Lebensqualität der betroffenen Bevölkerung zusammen. Die Autoren halten fest, dass frühkindliche Entwicklung, frühe Hilfen, Auswirkung von Stress, soziale Ausgrenzung, Arbeit bzw. Arbeitslosigkeit sowie der Einfluss von sozialen Netzen und Freundschaften die Gesundheit ebenso beeinflussen wie Suchtverhalten, Ernährung und Verkehr. Studien belegen, dass auf den unteren Stufen der sozialen Leiter einer Gesellschaft, die Lebenserwartung (generell und auch in gesunden Jahren) signifikant geringer ausfällt. Die unterschiedlichen Formen von Benachteiligung in der Gesellschaft wie fehlende Familienbande, schlechtere Schul- und Berufsausbildung, Probleme am Arbeitsplatz, schlechtere Wohnsituation usw. treffen tendenziell immer die gleichen Menschen und haben so eine kumulative Auswirkung auf deren Gesundheitszustand. Hier sehen die Autoren einen wichtigen Ansatz für die Politik *„ in der „Befähigung“ der BürgerInnen sich vollgültig und sinnvoll am sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Leben ihres Gemeinwesens zu beteiligen um eine gesündere Gesellschaft zu erhalten“*. (WHO, 2004, S.10)

Welche Auswirkung sozio-demographische und sozio-ökonomische Faktoren auf den Gesundheitsstatus und das Gesundheitsverhalten der österreichischen Bevölkerung ausüben, untersucht 2008 die Statistik Austria im Auftrag des BMGJ. Die Basis der Analyse bilden die Daten der Gesundheitsbefragung 2006/07. Untersucht werden die Zusammenhänge zwischen individuellem Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und zentralen Indikatoren zur Lebenslage, sowie zum sozialen Status (Einkommen, Bildung, Art der beruflichen Tätigkeit, Erwerbsstatus, Migrationshintergrund und Geschlecht). Die Auswertung liefert repräsentative Aussagen für die österreichische Bevölkerung über 15 Jahre. Zusammenfassend haben die Indikatoren Bildung, Arbeitslosigkeit, weibliches Geschlecht mit Migrationshintergrund und Alter, den größten Einfluss auf subjektive Gesundheit und Gesundheitsverhalten (vgl. Statistik Austria, 2008).

Auch der Gesundheitsbericht 2010 für die Steiermark hält fest:

„... (es) sind zwei Trends zu beobachten. Einerseits zeichnen sich die SteirerInnen durch eine hohe und steigende Lebenserwartung sowie durch eher niedrige vorzeitige Sterblichkeit aus. Andererseits ist die gesunde Lebenserwartung der Steirer und vor allem der Steirerinnen geringer als im Österreichschnitt und die Prävalenzen der chronischen Erkrankungen sind nach Angaben der Befragten angestiegen, wovon besonders ältere und sozioökonomisch schlechter gestellte Menschen betroffen sind.“ (Gesundheit Steiermark, 2010, S.62)

Eine ähnliche Situation zeichnet der Gesundheitsbericht für Graz 2011 „Möglichkeiten einer kommunalen Gesundheitsförderung für sozial benachteiligte Gruppen“, von Peter Stoppacher et al. Hier wird der Fokus explizit auf „vulnerable“ Gruppen der Gesellschaft gelegt wie arbeitsmarkferne Personen, sozial benachteiligte Frauen, ältere Menschen, MigrantInnen und Suchterkrankte. Der Gesundheitsbericht sieht als *sein zentrales Ziel ein praxisrelevanter Bericht als Kombination von objektiven Daten, sozialräumlichen Gegebenheiten und qualitativen Befunden zur Gesundheitssituation in Graz als Basis für strategisches und politisches Handeln* (zu sein). (IFA Steiermark, Oktober 2011)

Wie es um das Gesundheitsprofil der Liebenauer Bevölkerung steht und wo sich Ansatzmöglichkeiten für geeignete Maßnahmen zur Gesundheitsförderung anbieten, zeigt 2001 der Bericht „Wie gesund ist Liebenau?“. Auch hier werden die Determinanten der Gesundheit zur Datenerhebung herangezogen.

3.5 Settingansatz in der Gesundheitsförderung

„Settings“ (Lebenswelten) sind Orte oder soziale Zusammenhänge, in denen der Alltag von Menschen stattfindet und die einen wichtigen Einfluss auf deren Gesundheit haben. Ein Setting ist gekennzeichnet durch ein Verständnis der Zugehörigkeit seiner Mitglieder. Dieses Bewusstsein der Zugehörigkeit kann begründet sein durch die Tätigkeit in einer Organisation, ein gemeinsames räumliches Umfeld, ähnliche Lebenslagen, gemeinsame Werte und Präferenzen. (FGÖ, 2005)

Der Settingansatz ist eine Schlüsselstrategie in der Gesundheitsförderung. Gesundheit wird im Alltag hergestellt und aufrechterhalten. Im Fokus sind daher die Lebenswelten von Menschen, sowie die Rahmenbedingungen unter denen Menschen leben, lernen, arbeiten und konsumieren. Settings sind soziale Systeme wie Arbeitsplatz, Wohnumfeld (Siedlung, Gemeinde, Stadt), Bildungsstätten, Konsum- und Freizeitwelten, oder auch Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens (vgl. FGÖ, 2005). Hier kann Gesundheitsförderung gezielt ansetzen. Sie kann partizipativ vorgehen und Empowerment-Prozesse vorantreiben. Sie kann Gesundheit in all ihrer Dimension betrachten, Ressourcen fördern, sozialraumbezogene und nachhaltige Systemlösungen anstreben sowie interdisziplinär, ressortübergreifend handeln (vgl. Schwartz et al, 2012, S.192).

Zu unterscheiden ist jedoch zwischen „Gesundheitsförderung im Setting“ und dem Begriff des „gesundheitsfördernden Settings“. Bei letzterem wird versucht, nicht nur Individuen im Setting zu erreichen und zu einer Verhaltensänderung zu motivieren, sondern das ganze System eines Settings zu verändern bzw. gesundheitsfördernd zu gestalten. Gesundheitliche Belange sollen dabei in allen Bereichen des Settings mitgedacht und integriert werden. Gesundheitsressourcen im Setting sollen gestärkt und Gesundheitsbelastungen gesenkt werden. Dieser Settingansatz ist ein langfristiger Prozess, der in der Regel mit spezifisch ausgerichteten Projekten einhergeht. Ziel ist es, gesunde Arbeits- und Lebensbedingungen im Setting zu schaffen, eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik zu entwickeln und die Projekte im Sinne von Qualitätsmanagement zu evaluieren um einen Wirknachweis belegen zu können (vgl. Naidoo/Wills, 2010, S. 310).

Die Autoren beschreiben auch das „Gesunde-Städte-Projekt“, das 1986 von der WHO initiiert wurde, als *„das erste und wohl bekannteste Beispiel einer setting-orientierten Gesundheitsförderung“*. (ebda, S.311)

In Österreich entwickelt sich daraus das „Gesunde Städte-Netzwerk“, dem die Stadt Graz 1992 beiträgt. Als Visionen werden u.a. „das Anstreben einer ressortübergreifenden, gesundheitsfördernden Politik“, sowie die verstärkte „Beteiligung von BürgerInnen“ an ihren Umwelt- und Lebensbedingungen, festgehalten (vgl. Schlemmer, 2005, S 21f).

Der FGÖ bezeichnet die Gesundheitsförderung in Städten und Gemeinden als die „Mutter aller Setting-Ansätze“.

„Gemeinden beeinflussen nicht nur unsere Lebensbedingungen, sie sind oft der Rahmen für spezifischere Settings (Schulen, Kindergärten, Betriebe, Krankenhäuser). Sie sind Orte der Verankerung sozialer Netzwerke wie Vereine, informelle Netzwerke, Nachbarschaften und sie stellen einen traditionellen und optimalen Rahmen für Beteiligung dar(...). Gemeinden sind dem Gemeinwohl verpflichtet, die Gesundheitsförderung umschreibt ihrerseits eine zentrale Zielsetzung mit gesundheitlicher Chancengleichheit.“ (FGÖ, 2009)

Die Gesundheitsförderung im Setting „Stadtteil“ verfolgt komplexe Ziele. Es gilt Lebensbedingungen von BewohnerInnen zu verbessern, Akteure zu vernetzen und bestehende soziale Netzwerke zu stärken. Auch Raumplanung und Stadtentwicklung sollen im Sinne eines gesundheitsfördernden Lebensumfeldes mitbedacht werden.

Der Setting-Ansatz im Stadtteil hat nach Reimann, Böhme und Bär (2010) folgende 3 Funktionen:

1. *Koordinierende Funktion* - er unterstützt und steuert Teilsettings (Schule, Betriebe...) durch gemeinsame strategische Abstimmungen.
2. *Kumulative Funktion* - er bündelt Aktivitäten der Teilsettings (Ressourcenoptimierung).
3. *Komplementäre Funktion* - er achtet besonders auf schwer erreichbare Zielgruppen (vgl. gesundheitsliche-chancengleichheit.de).

3.5.1 Gesundheitsbezogene Gemeinwesenarbeit

Die Gemeinwesenarbeit ist im Wesentlichen Methode und Arbeitsprinzip der Sozialen Arbeit. Der Begriff „Gemeinwesen“ oder „Community“ beschreibt eine Gruppe von Menschen, die in der Regel in einem definierten geografischen Bereich leben (Stadtteil, Wohnviertel) und meist gleiche oder ähnliche kulturelle Werte und Normen haben. Sie nutzen gemeinsame soziale Netzwerke und leiten ihre soziale Identität von der Mitgliedschaft in dieser Gemeinschaft ab. Menschen können darüber hinaus mehreren Communities (Betrieb, Nachbarschaft, Religionsgemeinschaft, Verein... angehören). Für den Bereich der Gesundheitsförderung ist es wichtig, wie sich eine Community, ein Gemeinwesen darstellt und definiert (vgl. Naidoo/Wills, 2009, S.237).

„Die Grundprinzipien der Gesundheitsbezogenen Gemeinwesenarbeit sind in jedem Fall eine lokale Orientierung, Koordination und Vernetzung, Anknüpfung an Ressourcen in der Lebenswelt, Mobilisierung von Selbsthilfe, Aktivierung von Betroffenen, Vermittlung zwischen Makro- und Mikroebene, befähigende und aktivierende Interventionen.“ (Trojan in bzga.de, Leitbegriffe der GF, 2010)

Eng miteinander verknüpfte Grundsätze der Gemeinwesenarbeit sind also die Beteiligung der BürgerInnen, das Empowerment des Gemeinwesens, eine, durch das Gemeinwesen mitbestimmte Entwicklung, sowie die soziale Gerechtigkeit.

Gerade der Aspekt der sozialen und gesundheitlichen Chancengleichheit in der Gesellschaft ist ein Anliegen der Gemeinwesenarbeit. Die Bürgergesellschaft soll auf demokratischen und partizipativen Wegen gestärkt und „gesünder“ werden. Der Fokus liegt wiederum auf einer Veränderung der sozialen Determinanten von Gesundheit (vgl. Naidoo/Wills, 2009, S. 245ff).

3.5.2 Empowerment

Empowerment ist ein zentrales Konzept der WHO-Vision von Gesundheitsförderung. *„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...“* (WHO 1986) Die Ottawa Charta benützt den Begriff *„befähigen“* und beschreibt die Notwendigkeit, vorhandene Ressourcen zu unterstützen und Stärken zu fördern.

Naidoo/Wills beschreiben „*Empowerment des Gemeinwesens als einen elementaren Grundsatz in der Gemeinwesenentwicklung*“, der sich wie folgt definiert:

„ein Prozess, durch den die Mitglieder eines Gemeinwesens mehr Kontrolle über die Entscheidungen und Ressourcen gewinnen, die ihr Leben beeinflussen, einschließlich der grundlegenden Determinanten der Gesundheit. Empowerment des Gemeinwesens entwickelt sich über Empowerment des Einzelnen, über das der sozialen Gruppen, bis hin zum Empowerment des gesamten Gemeinwesens mit dem Ziel, soziale und politische Veränderungen herbeizuführen.“
(Naidoo/Wills zitieren Laverack, 2010)

Für diesen Prozess werden folgende 9 Aktionsbereiche genannt:

1. *Verbesserung der Mitwirkung der Gemeinwesenmitglieder.*
2. *Entwicklung lokaler Führungspersonen.*
3. *Aufbau von Organisationsstrukturen, die Macht und Einfluss verleihen.*
4. *Stärkung der Kompetenzen der Gemeinwesenmitglieder zur besseren Erfassung und Bewertung ihrer Probleme.*
5. *Förderung ihrer Fähigkeiten des kritischen Hinterfragens.*
6. *Verbesserung der Mobilisierung vorhandener Ressourcen.*
7. *Stärkung der Verbindung zu wichtigen lokalen Organisationen.*
8. *Schaffung von Beziehungen mit lokal übergeordneten Einrichtungen.*
9. *Mehr Einfluss auf Durchführung von Programmen.* (ebda, 2010)

3.5.1 Advocacy

Durch „anwaltschaftliches“ Engagement von ExpertInnen aus dem Bereich der Gesundheitsförderung, sollen, gemeinsam mit BürgerInnen, gesundheitsfördernde Lebensbedingungen geschaffen werden. Die Interessen Einzelner oder von Gemeinschaften werden quasi vertreten, die Betroffenen selbst sind jedoch gefordert, sich *aktiv an der Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen und Initiativen zu beteiligen* (vgl. FGÖ, 2005). Advocacy ist ebenfalls eine Handlungsstrategie der Ottawa Charta.

3.5.2 Soziale Netze – Vernetzung

„Sich zu vernetzen bedeutet unter anderem systematisch Erfahrungen auszutauschen, gemeinsam zu lernen, Synergien und Ressourcen optimal zu nutzen und durch die Zusammenarbeit neues Wissen zu schaffen.“ (FGÖ, 2005).

Die WHO Deklaration von Jakarta hält fest, dass Gesundheitsförderung den Aufbau „sozialen Kapitals“ benötigt und definiert dies folgendermaßen:

„Soziales Kapital beschreibt den Grad des sozialen Zusammenhalts, der innerhalb von Gemeinschaften zu finden ist. Soziales Kapital bezieht sich auf Prozesse zwischen Menschen, die Netzwerke, Normen und soziales Vertrauen hervorbringen sowie Koordination und Zusammenarbeit erleichtern.“ (WHO, 1997)

Alf Trojan und Waldemar Süß erkennen hier eine *„...enge Verwandtschaft bzw. weitgehende Überlappung mit dem aus der sozialepidemiologischen Forschung stammenden Konzept Soziales Netzwerk“*. (Trojan/Süß in bzga.de, Leitbegriffe der GF, 2010) Die Autoren beschreiben Soziale Netzwerke als *„relativ dauerhafte, jedoch nur gering oder gar nicht formalisierte Beziehungsstrukturen zwischen Individuen und Gruppen“*.

Sie unterscheiden ferner 3 Formen von Netzwerken:

1. Primäre Netzwerke bestehen aus Familie, Verwandte, Haushaltsangehörige, Freunde...
2. Sekundäre Netzwerke sind „selbstorganisierte“ soziale Gebilde im individuellen Lebensraum, sowie organisierte Vereinigungen und Verbände.
3. Tertiäre Netzwerke beschreiben professionelle Hilfssysteme und Beratungsstellen.

Epidemiologische Untersuchungen bestätigen, *„dass eine gelungene Einbindung in primäre und soziale Netzwerke mit geringerer Krankheitshäufigkeit und höherer Lebenserwartung einhergeht“*. (Trojan/Süß, ebda, 2010)

3.5.3 Partizipation

„Erkläre mir und ich werde vergessen. Zeige mir und ich werde mich erinnern. Beteilige mich und ich werde verstehen.“ (Y. Iijine, zitiert in: www.partizipation.at)

Partizipation bedeutet Betroffene zu Beteiligten machen. BürgerInnen werden aktiv an der Planung und Umsetzung von Gesundheitsförderungsprojekten beteiligt und möglichst früh mit einbezogen. Projekte sind dann wirkungsvoller und nachhaltiger, wenn BürgerInnen direkt auf Faktoren, die ihre Gesundheit betreffen, Einfluss nehmen können. Die partizipativen Prozesse zur Gesundheitsförderung müssen ergebnisoffen ablaufen. Es dürfen keine Vorannahmen über mögliche Resultate gemacht werden. Alle Beteiligten kommunizieren auf Augenhöhe (vgl. www.partizipation.at). Partizipation ist kein entweder/oder sondern ein Entwicklungsprozess. Das Spektrum der Beteiligung kann von „Nicht-Partizipation“ bis zur „Selbstorganisation“ reichen. In vielen Settings müssen zunächst Vorstufen der Partizipation umgesetzt werden, bevor eine direkte Beteiligung an Entscheidungsprozessen erreichbar ist. Das Ziel ist immer, einen möglichst hohen Grad von Partizipation zu erhalten. *„Von „echter“ Partizipation wird gesprochen, wenn Personen oder Gruppen Entscheidungsmacht haben. Je größer diese Entscheidungsmacht, umso größer ist der Grad der Partizipation.“* (Ender, 2011)
 Als methodischen Zugang zur Beurteilung der Partizipation kann das Berliner Stufenmodell (9 Stufen) herangezogen werden:

Nicht-Partizipation:	Instrumentalisierung (1), Erziehen und Behandeln (2)
Vorstufen der Partizipation:	Information (3), Anhörung (4) Beteiligung (5)
Partizipation:	Mitbestimmung (6), teilweise Entscheidungskompetenz (7), Entscheidungsmacht (8)
Weit über Partizipation hinaus:	Selbständige Organisation (9)

Dieses Modell nach Wright (2010) macht Partizipation „fassbar“ und unterstützt auch die Entscheidung, welchen Grad an Partizipation man in einem Projekt anstreben bzw. realisieren möchte (vgl. Ender, 2011).

Methoden der partizipativen Qualitätsentwicklung nach Wright:

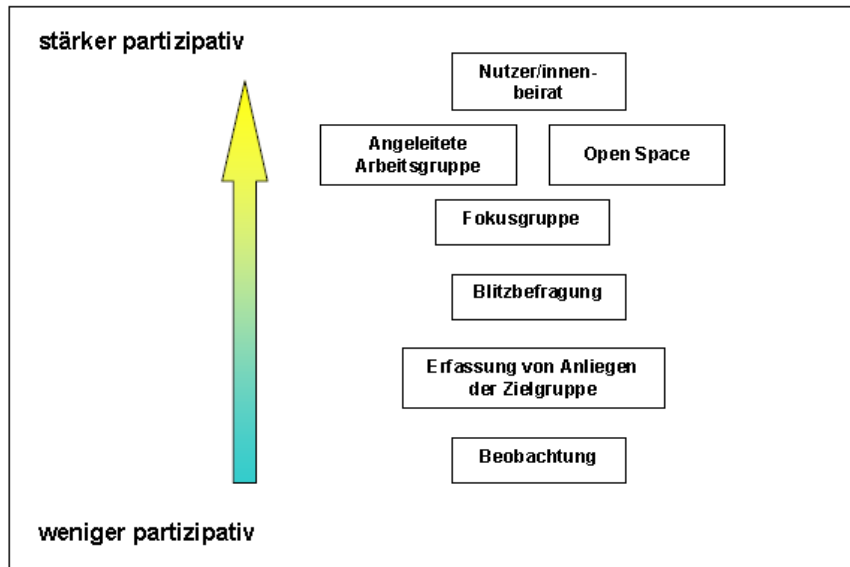


Abbildung 16: Wright, 2011

Partizipative Gesundheitsförderung bedeutet Perspektivenwechsel (Wright, 2011).

Konventionelle Arbeitsweise	Partizipative Arbeitsweise
Hilfesuchender als Klient (Hilfempfänger)	Hilfesuchender als Nutzer von Angeboten, als Partner (Mitgestalter)
Mitarbeiter als Experte, der Probleme definiert und löst	Mitarbeiter als Katalysator, der Problemdefinition und -lösungen anregt
Arbeit ist eine beratende, behandelnde, erzieherische Tätigkeit	Arbeit ist eine aktivierende, unterstützende, fordernde Tätigkeit
Hilfe wird in einer Kommstruktur angeboten	Hilfe wird in einer Gehstruktur (z.B. durch aufsuchende Arbeit) angeboten
Hilfsangebote sind normativ in Sprache und Zielsetzung	Hilfsangebote sind lebensweltorientiert in Sprache und Zielsetzung (Setting-Ansatz)
Ziel der Arbeit ist es, bestimmte Verhaltensweisen zu bewirken	Ziel der Arbeit ist es, ein selbst bestimmtes Handeln in der Problemsituation zu unterstützen (Empowerment)

Abbildung 17: Wright, 2011

3.6 SMZ Liebenau – Gesundheitsförderungsarbeit

Das Team des Sozialmedizinischen Zentrums Liebenau trachtet tagtäglich danach, das Modellbild einer primären, im regionalen Setting verankerten Gesundheitsversorgung umzusetzen (vgl. Mittelbach/Possert, 2005, S.292). Dazu zählt auch seit 1998 eine umfassende Gesundheitsförderungsarbeit. Der neueste Gesundheitsbericht für Graz beschreibt Stadtteilprojekte mit *Fokussierung auf Selbstinitiative und Selbstverantwortung, wie sie das SMZ Liebenau durchführt, welches seit Jahrzehnten eine vorbildhafte Stadtteilarbeit unter Einbeziehung der Bevölkerung in einem besonders belasteten Bezirk macht*, als wichtig (vgl. IFA, Stoppacher et al., 2011, S.56).

Liebenau, der 7. Bezirk von Graz, liegt am linken Murufer, im Südosten von Graz. Er misst 7,99 Quadratkilometer und hat laut Homepage der Stadt Graz aktuell 13.200 BewohnerInnen. Laut ÖBIG (2006) leben 69% Lehr- und Pflichtschulabsolventen in Liebenau, die Akademikerquote ist nur halb so groß wie im Graz-Durchschnitt. Der Anteil der Angestellten ist niedriger, der Arbeiteranteil deutlich höher und der Ausländeranteil ist wiederum niedriger als im Stadtschnitt. Insgesamt ist der *Anteil niedriger sozialer Schichten im Stadtvergleich überproportional hoch*. (vgl. SMZ, Leitbild gesundes Liebenau zitiert ÖBIG: Sozialepidemiologisches Kursportrait Graz, 2006).

Die aktuelle Bevölkerungsprognose für Graz weist für Liebenau bis 2020 eine Zunahme von rund 8,5 % bei der Wohnbevölkerung über 59 Jahren aus und eine ca. 24 % Zunahme dieser Bevölkerungsgruppe bis 2030 (vgl. Stadt Graz Homepage, Liebenau, Daten & Fakten, 2013).

Der Bezirk gilt als vom Verkehr massiv belastet. Durch Liebenau führen sowohl die Zubringerautobahn zur A2, ein Hochleistungsschienenweg, als auch große Einfahrtsstraßen in die Stadt Graz. Die einst ländlich strukturierte Gegend ist heute eine von Industrie und Gewerbe geprägte Zone (vgl. Leitbild gesundes Liebenau, 2006, S.3f). Der Liebenauer Stadtteil „Am Grünanger“ gilt als städtisches Problemgebiet. Hier befand sich während des Nationalsozialismus ein Internierungslager. Dieses, als „Lager V“ bezeichnete Gebiet, war gegen Ende des 2. Weltkrieges Zwischenstation von Todesmärschen ungarischer Juden. Nach dem 2. Weltkrieg war hier ein Flüchtlingslager installiert. Die Geschichte dieses belasteten Gebietes wurde bis dato nicht hinlänglich aufgearbeitet. Im Mai 2013 findet, unter großer Beteiligung und auf Initiative des SMZ, erstmalig eine offizielle Gedenkfeier an die Ermordung ungarischer Juden im „Lager Liebenau“ statt (vgl. SMZ Homepage, 2013).

Heute leben Am Grünanger vor allem alte und sozial schlechter gestellte Menschen, weshalb gerade hier ein Kerngebiet für die Gesundheitsförderungsarbeit des SMZ Liebenau ist (Rettung der Barackensiedlung am Grünanger, Round table Grünanger, Projekt „Sta.ges“, Brunch am Grünanger, Garten für Alle...).



Abbildung 18: SMZ, Siedlung Am Grünanger, oJ

3.6.1 Die Gesundheitsplattform – ein offenes Forum für Liebenau

Die Gesundheitsplattform Liebenau, ein wesentlicher Bereich der gesundheitsförderlichen Arbeit des SMZ, stärkt die Bürgerinitiative auf Gemeinde- und Bezirksebene. Sie unterstützt damit das Ottawa-Ziel „Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen“ (vgl. SMZ Homepage, Zelinka, Empowerment im Bezirk, 2009). Die Plattform versteht sich als Partizipationsprojekt. Netzwerke werden installiert, soziale Prozesse in Gang gesetzt und so ein Klima der Veränderung ermöglicht (vgl. SMZ, Leitbild Gesundes Liebenau, 2006, S.2). Unter diesem Titel finden regelmäßige Treffen zu bezirksbezogenen, gesundheitspolitischen Anliegen statt. Das SMZ Liebenau übernimmt Organisation, Konzept, wissenschaftliche Begleitung sowie die Öffentlichkeitsarbeit (vgl. SMZ Homepage, Gesundheitsplattform Liebenau, 2011). Pro Jahr nehmen an mindestens 6 Veranstaltungen rund 100 Personen teil. Die behandelten Themen werden von den TeilnehmerInnen und vom Team des SMZ vorgegeben. Die Akteure des SMZ Liebenau gründen 1998 die Plattform um gesundheitsrelevante Themen öffentlich zu diskutieren, bzw. gesundheitsförderliche Aktionen zu planen und umzusetzen.

Bei Plattformgründung werden zunächst Ansatzschwerpunkte festgelegt. Eine Problemanalyse im Bezirk ergibt für die BewohnerInnen von Liebenau einen Informationsmangel, bedingt durch ein fehlendes Bezirkszentrum sowie mangelnde gesundheitsbezogene Angebote. Die Plattform setzt sich daher zum Ziel, regelmäßig gesundheitsrelevante Informationen zu vermitteln und mit diversen Medien in Kontakt zu treten. Ebenso soll die Bevölkerung im Hinblick auf eine bessere Identifikation mit dem Wohnumfeld unterstützt werden. Eine Erhebung im Bezirk ergibt für Kinder und Jugendliche Bewegungsmangel aufgrund fehlender Freizeitangebote, sowie vermehrten Alkohol- und Nikotinmissbrauch. Als notwendige Maßnahmen werden Bewegungserziehung, gezielte Angebote und Informationen für Jugendliche und Eltern sowie die Schaffung eines kinder- und jugendgerechten Umfeldes erkannt. Ein weiterer Ansatzpunkt wird bei der Förderung sozial benachteiligter Gruppen gesehen

Im Frühjahr 1999 findet erstmals eine breite öffentliche Diskussion über mögliche gesundheitliche Auswirkungen durch das erhöhte Verkehrsaufkommen und die Industrieentwicklung in Liebenau statt. Einige Multiplikatoren aus dem Bezirk kritisieren *kaum vorhandenes Engagement* der BewohnerInnen diesbezüglich und eine *vorhandene Ohnmacht* gegenüber politischen Entscheidungen. Das SMZ Liebenau kann, mit Hilfe der Gesundheitsplattform und durch konsequente Verfolgung eines Empowerment-Ansatzes im Bezirk, den Betroffenen helfen, ihr *Gefühl der Machtlosigkeit* zu bezwingen.

2001 gründen, als Reaktion auf den Entwurf eines neuen Flächenwidmungsplanes für Graz, besorgte BürgerInnen die „Initiative zur Erhaltung der Grünflächen in Liebenau“. In Folge entstehen rund um den Bezirk 11 verschiedenen Bürgerinitiativen, die sich im Jänner 2003 zur „Liebenauer Union der Bürgerinitiativen – LUBI“ zusammenschließen. Mit Unterstützung des SMZ und auf Basis der „Gesundheitsplattform wird ein „Bedürfniskatalog“ für den Bezirk erarbeitet, der die Grundlage für das spätere „Leitbild Gesundes Liebenau“ darstellt. Das im November 2005 abgeschlossene Leitbild soll sowohl innerhalb der Bevölkerung, als auch bei den Politikverantwortlichen, eine Bewusstseinsbildung für Gesundheitsförderung initiieren. Es werden gesundheitsförderliche Ziele für die Bereiche Verkehr, Industrie und Gewerbe, Wohnen, Natur, Infrastruktur und Angebot im Bezirk, Soziales, Kinder und Jugendliche sowie BürgerInnenbeteiligung formuliert und an zuständige Politiker im Stadt-, Gemeinde- und Bezirksrat übergeben (vgl. SMZ Homepage, Zelinka, Empowerment im Bezirk, 2009, und Leitbild Gesundes Liebenau, 2006).

Eine Stärkung der Bürgerbeteiligung im Setting ist die wichtigste Auswirkung der Interventionen durch die Gesundheitsplattform. Die partizipative Arbeitsmethode der Plattform kann in ihrer Wirksamkeit exemplarisch an konkreten Aktivitäten nachgewiesen werden.

Anhand eines Modells zur „Typisierung der Ergebnisse nach Nutbeam“ bezogen auf die 3 Wirkungsebenen der Gesundheitsplattform Liebenau (Gesundheitskompetenz, soziale Maßnahmen und Einflüsse, sowie gesundheitsförderliche Politik und Organisation) kann das auch gezeigt werden (vgl. SMZ Homepage, Zelinka, Empowerment im Bezirk, 2009).

	Gesundheitskompetenz	Soziale Maßnahmen und Einflüsse	Gesundheitsförderliche Politik und Organisation
Indikatoren	Gesundheitsbezogenes Wissen, Einstellung und Motivation, Verhaltensinterventionen & persönliche Fertigkeiten, Selbstwirksamkeit	Stärkung der Bürgerbeteiligung (Empowerment und Partizipation), soziale Normen, öffentliche Meinung	Politische Absichtserklärungen, Gesetzgebung, Regulierungen, Mittelverteilung, Organisationsgestaltung
Maßnahmen in der Gesundheitsförderung	Bildung zB: Patienteninformation, gesundheitsförderliche Schulen, Massenkommunikation und -information	Soziale Aktivierung zB: Gemeinde- und Gemeinschaftsentwicklung, Unterstützung von Gruppen, gezielte Massenkommunikation	Interessensvertretung zB: politische Einflussnahme, politische Organisation und Basisarbeit, Überwindung von bürokratischen Hindernissen

Abbildung 19: nach Zelinka, 2009

Als Arbeits- und Evaluationsgrundlage der gesundheitsförderlichen Gemeinwesenarbeit dient dem SMZ Liebenau die partizipative Methode nach M.T. Wright. Sie basiert auf:

„... lokale Theoriebildung, lokale Evidenz und auf maßgeschneiderte Qualitätsentwicklungsmaßnahmen. Im Unterschied zur konventionellen Theoriebildung und Evaluation werden die Teilnehmer eines Präventionsprojektes bei der partizipativen Methode in alle Teilbereiche des Projektes mit eingebunden. Die Evaluation führen demnach nicht externe Experten durch, sondern Vertreter der Zielgruppe und Projektmitarbeiter. Die Erfolgskriterien werden nicht durch im Voraus festgelegte Maßstäbe vorgegeben, sondern entstehen aus der Zusammenarbeit von Vertretern der Zielgruppe sowie Projektmitarbeitern und Experten. Diese handeln Kriterien aus, welche einen direkten Bezug zu den Bedürfnissen der Zielgruppe aufweisen. Die Berichterstattung muss gemäß der partizipativen Methode kontinuierlich erfolgen und für alle Kooperationspartner einsichtig sein. Die Ergebnisse werden nicht bis zum Abschluss der Evaluation unter Verschluss gehalten, sondern den Teilnehmern laufend mitgeteilt.“ (SMZ Homepage, Zelinka, Empowerment im Bezirk, 2009, zitiert M.T. Wright)

Lokales Wissen ist also unerlässlich in Bezug auf die Formulierung einer lokalen Theorie zu einem lokalen Gesundheitsproblem. Dieses beinhaltet bereits vorhandene Erkenntnisse einzelner Akteure, beteiligter BürgerInnen, lokaler Netze und Experten vor Ort. Die danach entwickelte lokale Theorie soll nach Wright folgendes beinhalten:

„Eine Beschreibung der Merkmale des Problems vor Ort, eine Erläuterung der lokalen Ursachen des Problems und die Schlussfolgerungen für die Entwicklung angemessener Maßnahmen in Bezug auf die Formulierung eines lokalen Gesundheitsproblems. ...Ziel einer lokalen Theorie ist es, eine plausible Erklärung für ein Gesundheitsproblem zu liefern. Dabei werden die konkreten, direkt erfahrbaren Ausprägungen des Problems und die zugrunde liegenden Handlungen und Missstände in einem spezifischen Zusammenhang (Setting) beschrieben. Davon lassen sich spezifische Maßnahmen zur Beseitigung oder Minderung des Problems ableiten.“ (M.T. Wright in: www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de, 2008)

Eine Analyse behandelter Themenbereiche einzelner Gesundheitsplattformtreffen zeigt:

„...dass die Bevölkerung in Liebenau bereits sehr konkrete Vorschläge zur Verbesserung ihrer Lebensbedingungen hat. Die Forderungen betreffen hauptsächlich lokale Bereiche des Lebensumfeldes: Tempolimits auf Straßen im Wohngebiet, Verringerung der Verkehrsbelastung, Änderung des Flächenwidmungsplans, mehr Grünraum, Verbesserung der Luftgüte im Wohngebiet etc.“ (SMZ Homepage, Zelinka, Empowerment im Bezirk, 2009)

Die Arbeit der Gesundheitsplattform Liebenau zielt also ab auf: *„eine Aktivierung von BewohnerInnen und MultiplikatorInnen im Sinne von Empowerment, sowie auf die Sammlung und Diskussion bezirkspolitischer Anliegen, eine Weitergabe gesundheitsrelevanter Informationen und das Erarbeiten von Lösungsansätzen und Strategien“.* (ebda, 2009)

3.6.2 Wie gesund ist Liebenau?

2001 initiiert das SMZ, auch im Rahmen der Gesundheitsplattform, eine empirische Untersuchung der Liebenauer Bevölkerung. Ziel der Studie ist es, die längerfristige Planung eines gesunden Stadtbezirkes zu ermöglichen. Es werden daher nicht nur Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsbewusstsein erhoben, sondern auch die soziale Einbettung der Liebenauer Bevölkerung. 500 Liebenauer, ab 15 Jahren, nehmen an der Studie teil. Es werden persönliche Interviews mittels standardisierter Fragebögen geführt. Die Auswahl der Beteiligten erfolgt nach einer Zufallsstichprobe. Um ein möglichst repräsentatives Ergebnis zu erlangen, werden Alters-, Geschlechts- und Bildungsverteilung in der Stichprobe, entsprechend den Ergebnissen aus der vorangehenden Volkszählung, gewichtet. Um konkrete Maßnahmen für die gesundheitsförderliche Arbeit planen zu können, werden folgende Parameter erhoben:

- Personenbezogene Bedingungen wie Alter, Geschlecht, Einstellungen, Fähigkeiten.
- Soziale Bedingungen wie Beruf, Einkommen, Bildung, Soziale Netzwerke.
- Soziokulturelle Bedingungen wie Angebot und Erreichbarkeit von Dienstleistungen für GF, öffentliches Kommunikationssystem.
- Ökologische Bedingungen wie Klima, Landschaft, regionale Lage, Infrastruktur.

Zusätzlich werden Daten über das persönliche Gesundheitsverhalten (Rauchen, Alkoholgenuss, Sport, regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen) und über den Gemütszustand ermittelt.

Im Ergebnis dieser Studie bezeichnen die Liebenauer ihren Gesundheitszustand generell als „gut“, wobei sich die subjektive Einschätzung diesbezüglich mit zunehmenden Alter verschlechtert. Auch die Lebensqualität wird mit „gut“ beurteilt. 11% der befragten Personen bezeichnen ihre finanzielle Situation als „knapp“, rund 1% gibt an, kaum das Notwendigste zum Leben zu haben. Überraschend fallen die Ergebnisse bezogen auf interne und externe Ressourcen aus. Sie ergeben keinen auffälligen Bildungsbezug. Eine mögliche Erklärung wird in der „dörflichen“ Struktur des Bezirkes Liebenau gesehen. Vor allem Menschen aus der mittleren Bildungsschicht (Lehrabschluss), bringen sich hier vermehrt ins Gemeinwesen ein und tauschen sich auch in bestehenden, funktionierenden Netzwerken aus.

Der Bericht zeigt jedoch auch:

„einen deutlichen Zusammenhang zwischen Krankheit und Schichtzugehörigkeit. Menschen mit niedrigerer Schulbildung fühlen sich kränker, klagen öfter über Beschwerden und suchen auch häufiger einen Arzt auf. Menschen mit höherer Schulbildung fühlen sich insgesamt gesünder, bewerten ihren Gesundheitszustand und ihre Lebensqualität positiver, liegen weniger Tage pro Jahr im Krankenhaus und haben weniger Krankenstandstage. Gesundheitlich besonders benachteiligt ist die Gruppe der Pflichtschul-Absolventen.“
(Gesundheitsbericht Liebenau, SMZ Homepage, Publikationen, 2011)

3.6.3 Sta.ges – Stadtteilgesundheit für alle!

Ein weiteres Beispiel für die gesundheitsförderliche Arbeit des Sozialmedizinischen Zentrums Liebenau ist das 3-jährige Projekt „Sta.ges – Stadtteilgesundheit für alle!“. Dieses Gesundheitsförderungsprojekt im Setting Stadtteil findet vom 1.11.2008 bis 31.12.2011 statt. Es wird vom Fonds Gesundes Österreich (Projekt-Nr. 1599) und vom Gesundheitsressort des Landes Steiermark gefördert. Ziel ist es, *„den Menschen im Projektgebiet die Möglichkeit zu geben, gesundheitlich aktiv zu werden und soziale Netzwerke aufzubauen.“* (SMZ Homepage, Zelinka, 2008) Es stützt sich also auf die schon beschriebene „partizipative Methode“ in der Gesundheitsförderung.

Das Projektgebiet umfasst mit dem Liebenauer Stadtteil Grünanger und mit der Schönausiedlung, im benachbarten südlichen Teil des Bezirks Jakomini, sozio-ökonomisch benachteiligte Gebiete von Graz. Die Schnittstelle zwischen den beiden Bezirken gilt als „städtisches Problemgebiet“. Hier leben, nach Einschätzung eines interdisziplinären Expertenteams, besonders viele Menschen mit gesundheitlichen und sozialen Risiken. Eine Sozialraumanalyse, durchgeführt von StudentInnen des Institutes für Soziologie der Universität Graz (Wintersemester 2008/2009), zeigt für das Projektgebiet einen überproportional hohen Anteil von Gemeindewohnungen und einen sehr geringen Anteil an Wohnungseigentum. Es existieren Probleme im Zusammenhang mit Gewalt und Alkohol. Die BewohnerInnen des Projektgebietes verfügen zu 42,4% lediglich über einen Pflichtschulabschluss (der Grazer Durchschnitt liegt hier bei 26,5%) und nur zu 4,5% über einen Hochschulabschluss. Der Anteil von Alleinerzieherinnen liegt über dem Grazer Schnitt und es gibt kaum gemeinschaftliche Netzwerke (vgl. SMZ, Projektbericht „Sta.ges“ 2011, S.5).

Diese Ausgangslage ist für das SMZ Liebenau Motivation, gerade hier ein Stadtteilprojekt zu initiieren. Ziel ist es sozial schwache und gesundheitlich benachteiligte Menschen zu befähigen mit ihren Risiken umzugehen und ihre Kompetenzen zu stärken (vgl. SMZ, ebda, S.4).

Das Projekt erfolgt in drei Phasen. Zu Beginn wird der physische und soziale Raum des Projektgebietes erfasst. Es werden Interviews und Fragebogenerhebungen mit ExpertInnen, Schlüsselpersonen und BewohnerInnen durchgeführt unter dem Aspekt der „lokalen Theoriebildung“ (siehe 3.6.1). Die zweite Projektphase widmet sich dem Aufbau eines aktiven und dauerhaften Kooperationsnetzwerkes. Dadurch sollen Aktivitäten gebündelt und Synergien unter den einzelnen Netzwerkpartnern entwickelt

werden. In der dritten Projektphase steht die Entwicklung und Durchführung zielgerichteter Projekte im Vordergrund. Der Fokus liegt bei „Sta.ges“ dabei auf Personen mit Migrationshintergrund, Kindern und Jugendlichen sowie älteren Menschen (vgl. Scan, 2012). Im Bereich der Schönausiedlung werden durch die Beteiligung der Volksschule Schönaugasse als aktiver Netzwerkpartner am Projekt vor allem Kinder und deren Eltern erreicht. Am Grünanger ist es eine gemischte Gruppe von älteren Frauen, MigrantInnen mit Kindern, psychisch Kranken, arbeitslosen Männern etc. (vgl. SMZ, Projektbericht „Sta.ges“, 2011, S.24).

Mit dem Wissen, dass soziale Beziehungen und Netzwerke, gerade in benachteiligten Wohngebieten, zur Gesundheitsförderung beitragen, während „klassische Kampagnen“ mit rein individueller Verhaltensprävention betroffene Personengruppen nicht erreichen, setzt „Sta.ges“ auf Partizipation und Empowerment im Setting. BürgerInnen sollen an der Gestaltung ihres sozialen Umfelds und ihrer Wohnumgebung aktiv mitwirken. Zu diesem Zweck wird zunächst eine Stadtteilplattform gegründet. Unter der Moderation des SMZ Liebenau treffen sich Multiplikatoren für das Projekt wie Vertreter von Jugendzentren, Pfarren, Schulen, Polizeidienststellen, Pflegeeinrichtungen im Bezirk, Sozial-, Jugend-, und Wohnungsamt der Stadt Graz, Sportunion, Bezirksvertreter usw. Erste Ideen und Anregungen der TeilnehmerInnen werden gesammelt und diskutiert. Es folgen Stadtteulfeste am Grünanger und in der Schönausiedlung, bei denen die BewohnerInnen, über den Zugang des gemeinsamen Feierns, an das Thema Gesundheit herangeführt werden.

Im Juni 2009 findet unter dem Motto „Gesundheit ist Lebensqualität – auf a g’sundes Viertel!“ ein Stadtteulfest im Rahmen von „Sta.ges“ statt. Auf der Einladung wird das Projekt wie folgt beworben:

„ ... ein Projekt in Ihrem Viertel. Wir vom SMZ Liebenau möchten Sie in Ihrem Wohngebiet erreichen, gemeinsam mit Ihnen Aktivitäten planen und gesunde Netzwerke entstehen lassen. Dieses Fest soll als Auftakt dienen, um uns, einander und das Projekt besser kennen zu lernen!“ (SMZ, Projektbericht „Sta.ges“ 2011)

Verschiedene Stationen auf dem Fest präsentieren Kreativität, Lebensfreude durch Musik und Tanz, Wohnen, Bewegung, Essen und Gemeinschaft als gemeinsame Teile eines Gesundheitskonzeptes. Durch Sponsorenunterstützung können auch ein „gesundes Buffet“ sowie eine „alkoholfreie Cocktailbar“ angeboten werden. Zusätzlich

steuern auch BewohnerInnen Kuchen und Salate bei und es wird *mit Begeisterung* „auf türkisch gegrillt“. Bei einer medizinischen Station finden Blutdruck- und Blutzuckermessungen sowie Beratungsgespräche statt.

Im Rahmen dieser Stadtteilsteste werden die BesucherInnen auch aufgefordert, sich aktiv an „Sta.ges“ zu beteiligen und Ideen, Vorschläge und Wünsche für den Grünanger bzw. die Schönausiedlung einzubringen. Um eine möglichst große Teilhabe zu erreichen, wird ein Gewinnspiel organisiert. Unter dem Motto „*Deine Idee – Dein Stadtteil*“ werden die besten 3 Ideen von einer Jury mit 100 bzw. 50 € prämiert. Es werden an die 100 konkrete Ideen und Vorschläge eingereicht. Ein Projekt, das hieraus entsteht, ist die Öffnung des ursprünglich zu einem Schülerhort des Magistrates Graz gehörigen Gartens in der Andersengasse. Dieser wird, unter der Obhut des SMZ Liebenau, für die ansässige Bevölkerung am Grünanger der „Garten für Alle“.

Das erste Stadtteilstest für die BewohnerInnen des Gebietes Schönausiedlung findet auf Anfrage des SMZ Liebenau am Gelände der Volksschule Schönau statt. Die VS-Leitung sowie die LehrerInnen und SchülerInnen bringen sich von Anfang an stark in die Planung, Gestaltung und Durchführung des Festes ein. In den folgenden Jahren übernimmt die VS Schönau das Stadtteilstest im Sinne von „Empowerment“ gänzlich als ihres, das SMZ - Team ist weiterhin mit einem medizinischen Stand präsent.

Für die Umsetzung der zahlreichen Ideen aus der Bevölkerung wird die Stadtteilplattform erweitert. BürgerInnen, die Vorschläge eingereicht haben, werden eingeladen teilzunehmen. In der Folge wird die Plattform in eine „Stadtteilplattform Grünanger“ und eine „Stadtteilplattform Schönausiedlung“ geteilt. Einige Themen, die erfolgreich bearbeitet werden können, sind neben der Öffnung des Gartens in der Andersengasse auch das Schaffen von fixen Treffpunkten im Stadtteil. Es werden der wöchentliche „Brunch am Grünanger“ und das gemeinsame „Walken an der Mur“ sowie das „gemeinsame Singen und Musizieren“ von Eltern und Kindern in der VS Schönau installiert. Um den schwierigen Ruf des Grünangers zu verbessern, wird die Thematik der Nachbarschaftshilfe und Sicherheit behandelt. In Kooperation von SMZ Liebenau, VS-Schönau, Schlupfhaus, Polizeidienststelle, Bezirksvertretung und AnrainerInnen finden u.a. „Deeskalationstreffen“ statt um besonders Probleme im Bereich Schule und Wohngebiet direkt anzusprechen (vgl. SMZ, Projektbericht, 2011, S.6 ff).

Exkurs zu Projektevaluierung:

Die Projektevaluierung ist wichtig zur Bewertung des Nutzens von gesundheitsförderlichen Aktivitäten. Darüber hinaus soll eine Evaluierung den Projektbetreibern bei der Weiterentwicklung von Fähigkeiten und Kompetenzen behilflich sein. BürgerInnen haben die Möglichkeit ihre persönliche Bewertung von Maßnahmen zu äußern und Projektförderer erhalten einen Überblick über den Ressourceneinsatz (vgl. Naidoo/Wills, 2010, S.453).

GF-Projekte im Zuge von Stadtteilarbeit gelten als Programme von hoher Komplexität. Die hierbei angewendeten Instrumente, Strategien und Methoden werden meist nicht isoliert, sondern in Kombination wirksam und sollen daher auch im Zusammenhang evaluiert werden (vgl. Naidoo/Wills, 2010, S. 469, zitieren Trojan, Rosenbrock und Michel).

„Gemeindenaher Programme (z.B. im Zuge der Stadtteilarbeit) zielen nicht nur auf die direkten Auswirkungen des Programms, sondern auch auf die nicht antizipierten zusätzlichen Veränderungen bzw. Nebenwirkungen, die das Programm in der Gemeinde auslöst und die gesundheitsfördernden Wirkungen verstärken oder behindern können.“ (ebda, S.470)

Die Autoren empfehlen daher einen realistischen Evaluationsansatz nach Pawson & Tilley (1997), bei dem die Evaluierung der Prozesse und Ergebnisse einer Maßnahme eine Einheit bilden und gemeinsam durchgeführt werden sollen.

Die Evaluierung von „Sta.ges“ wird extern durch die Fa. Scan unterstützt und erfolgt prozessbegleitend. Eine laufende Optimierung der Maßnahmen soll dadurch bereits während der Durchführung des Projektes erreicht werden. Einzelnen Schritte und Ergebnisse werden zusammengefasst und davon „Learning Lessons“ (ableitbare und übertragbare Schlussfolgerungen) abgeleitet. Zur Orientierung und als Hilfestellung für die Projektumsetzung wird ein übergeordnetes Evaluierungs-Modell mit „Output – Impact – Outcome – Wirksamkeits - Ansatz“ herangezogen.

Dieser Ansatz wird für das Projekt (Sta.ges) inhaltlich spezifiziert und der „Setting-Ansatz“ in das Anforderungs-Ressourcenmodell von Gesundheit (vgl. u.a. z.B. Lazarus und Folkman, 1984; Freidl 1997) integriert. (SMZ, Projektbericht „Sta.ges“, 2011, S.30)

Die Outputs stellen Maßnahmen dar, die im Zuge des Projekts zur Zielerreichung gesetzt werden. Die Outcomes beschreiben Gesundheitsvariablen, von denen angenommen wird, dass sie im Sinne systemischer Zusammenhänge auf Ressourcen und Teilnahme

bei Maßnahmen zurückwirken (vgl. Scan, 2012, S.10). Die unmittelbar an die Outcomes anschließende Wirksamkeit bezieht sich auf „das Verhältnis von den beabsichtigten und den tatsächlich eingetretenen individuellen und sozialen Wirkungen des Projektes.“ (SMZ, Projektbericht „Sta.ges“, 2011, S.30)

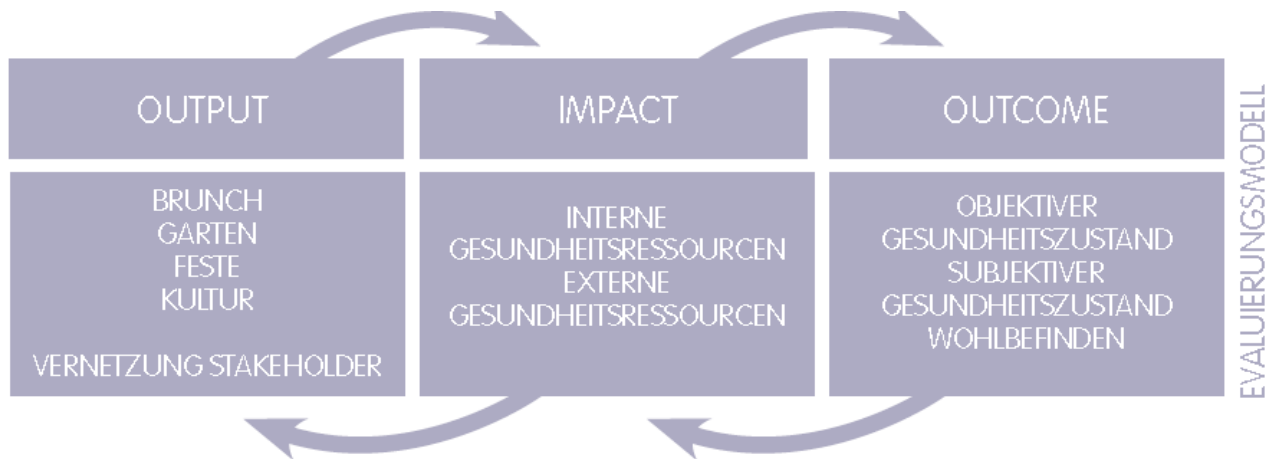


Abbildung 20: Projektbericht Sta.ges, 2012

Die Impacts beschreiben real erzielbare Effekte. Durch die Beantwortung der Frage, in welcher Weise und in welchem Ausmaß gesetzte Maßnahmen zu einer Änderung bzw. zu einer (positiven) Nicht-Änderung des Verhaltens (Stabilisierung von Verhaltensweisen) führen, kann entschieden werden, ob diese geeignet sind, die erhoffte bzw. erwartete Verhaltensänderung auch tatsächlich auszulösen (vgl. Scan, 2012, S.4).

Folgende Kriterien spielen dabei laut „Sta.ges“ Projektbericht (S.30) eine Rolle:

*Interne Gesundheitsressourcen, wie Krankheitsverhalten,
Individuelle Wert- und Normvorstellungen,
Persönlichkeitsressourcen Gesundheitsverhalten,
wie Kohärenzsinn, Verhaltenskompetenzen...*

*Externe Gesundheitsressourcen, wie Wohnzufriedenheit,
Freizeitgestaltung, Soziales Kapital,
Werte und Normen im Lebensumfeld,
Anerkennung im eigenen Lebensumfeld,
Zugang zum Gesundheitssystem,
Zugang zu gesundheits- und lebensumfeldrelevanten Institutionen.*

Um die Ergebnisse der Projektarbeit umfassend und entsprechend ihrer Komplexität untersuchen zu können, werden methodisch unterschiedliche Ansätze der empirischen Sozialforschung gewählt:

Standardisierte Verfahren:

Recherche von stadtteilrelevanten Sekundärdaten,
Soziale Netzwerkanalyse zur Darstellung des Projektnetzwerks,
Fragebogenbefragung bei TeilnehmerInnen an Maßnahmen,
Fragebogenbefragung in der Projektsteuerungsgruppe.

Offene Verfahren:

(Beobachtende) Teilnahme an projektbezogenen Veranstaltungen,
Durchführung von Interviews mit Stakeholdern, Schlüsselpersonen und
ausgewählten AkteurInnen der Zielgruppen,
Fokusgruppendifkussion
(vgl. Scan, Endbericht der Evaluierung, 2012, S. 5).

Zu Projektbeginn werden qualitative Interviews mit Bezirkspolitikern sowie Angehörigen von sozialen Diensten und Personen aus dem Bildungsbereich durchgeführt. Ziel ist eine tiefergehende Sondierung des Sozialraumes um relevante Kontexte zu erfassen, Meinungen und persönlichen Beurteilungen relevanter Stakeholder zu erfahren sowie eine Netzwerkanalyse zu erhalten. In persönlichen Interviews werden unterschiedlichste Bereiche abgefragt. Im Ergebnis kristallisiert sich u.a. der mangelnde öffentliche Grünraum im Stadtteil heraus. Es werden aber auch Potentiale in bislang ungenutzten Freiflächen erkannt, die zu öffentlich zugänglichen Bereichen umgewidmet werden können. Im Hinblick auf die BewohnerInnen des Projektgebietes wird die Relevanz der Einbindung von MigrantInnen in ein lokales Gesundheitsförderungsprojekt von allen InterviewpartnerInnen unterstrichen. In weiterer Folge werden insbesondere auch Kinder und Jugendliche sowie Frauen als Zielgruppen für „Sta.ges“ genannt. Die These der „Wirksamkeit des Settingansatzes“ wird als erwiesen und für sinnvoll erachtet. Ein wesentlicher Punkt, aus Sicht der interviewten StakeholderInnen, ist die Abbildung des Kooperationsnetzwerkes.

Ergänzend zu diesen „Experteninterviews“ wird eine Fragebogenerhebung bei der Projektzielgruppe abgehalten. Der Projektbericht des SMZ hält fest, dass *„mögliche Barrieren hinsichtlich Artikulation und Diskussionsbeteiligung aufgrund soziokultureller Herkunft und des durchschnittlich eher geringen Bildungsstatus der Zielgruppe (...) bei der Erstellung (der Fragebögen) berücksichtigt (wurden).“* Die Fragestellungen

umfassen hier die Bekanntheit des SMZ Liebenaus, Information und Wissen über das Projekt „Sta.ges“, die Beteiligung an den Maßnahmen, die Beurteilung derselben, sowie soziodemographische Faktoren.

Die Fragebogenaktion wird im Sommer 2011 beim Schulfest der Volksschule Schönau und beim Sommerfest am Grünanger durchgeführt. 75 gültige Fragebögen werden erhoben und ausgewertet. Unter den befragten Personen sind 33 ÖsterreicherInnen und 35 Nicht-ÖsterreicherInnen. Jeweils in etwa drei Viertel sind Arbeiter- und Angestellte, bzw. geben an Hausfrauen/männer zu sein. Ungefähr die Hälfte der Personen ist jünger als 35 Jahre.

Die Projekte konnten am Fragebogen mit „sehr gut“ bis „weniger gut“ beurteilt werden. Bei der Zusammenfassung der beiden positiven Beurteilungskategorien, ergibt sich eine durchwegs erfreuliche Beurteilung der einzelnen Maßnahmen. So bewerteten alle am Brunch beteiligten und befragten Personen diesen mit „sehr gut“ oder „gut“.

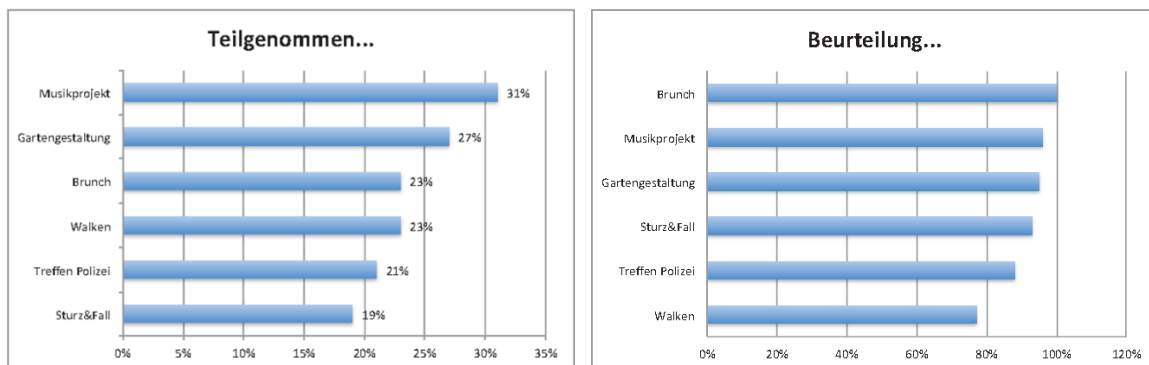


Abbildung 21: scan, 2012

Eine Interpretation der Gründe für die Reihung kann statistisch aus der Fragebogenerhebung nicht abgeleitet werden. Zusätzliche Gespräche und Fokusgruppendifkussionen zu den einzelnen Maßnahmen lassen jedoch Rückschlüsse auf die Zufriedenheit bzw. die Wirksamkeit in Bezug auf den subjektiven Gesundheitszustand und das Wohlbefinden der Beteiligten zu (vgl. SMZ, Projektbericht „Sta.ges“, 2011, S.31).

Eine zusätzliche Fragestellung betrachtet die Beurteilung der Effekte (Impacts) auf verschiedene Dimensionen.

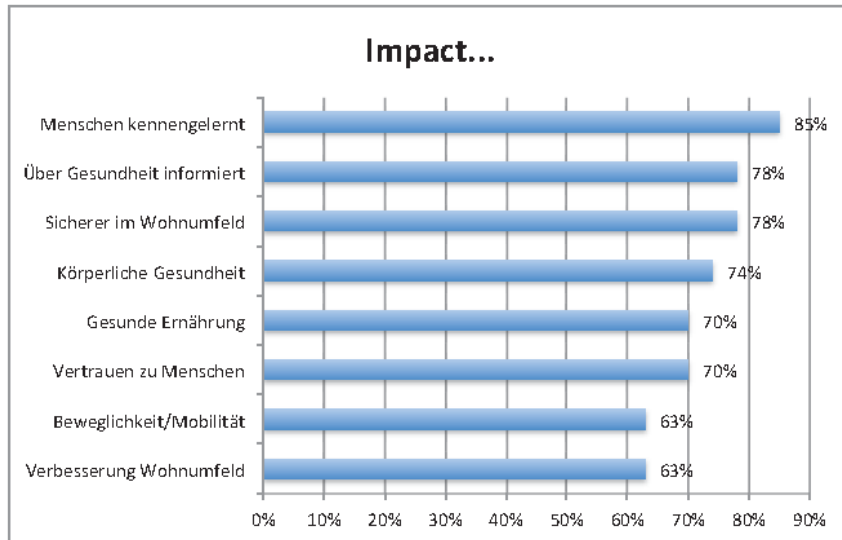


Abbildung 22: Scan, 2012

Ausgewertet wird auch der Impact getrennt nach einzelnen Maßnahmen (0-kein Impact, 6-hoher Impact) in Bezug auf physische Gesundheit, Gesundheitswissen und soziales Kapital:

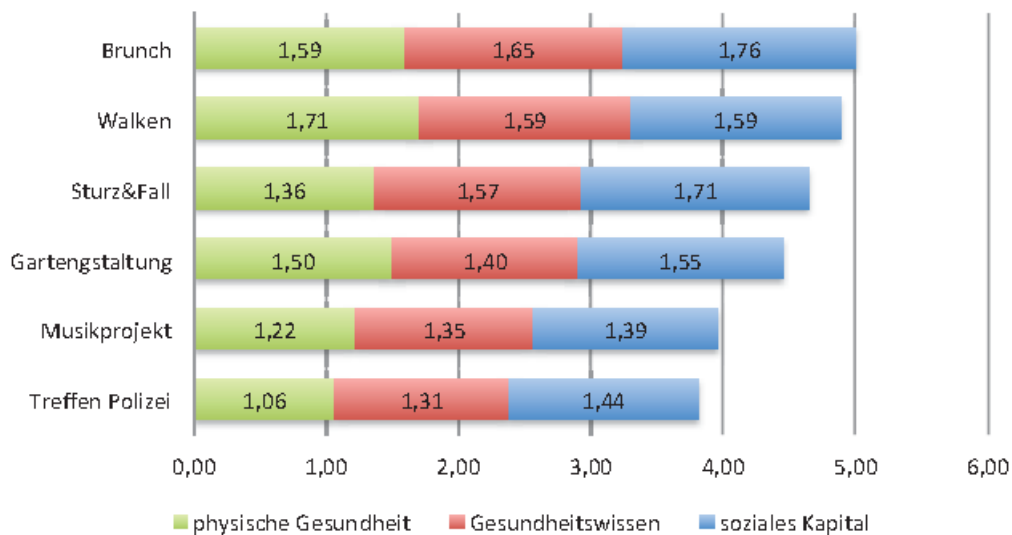


Abbildung 23: Scan, 2012

Zusammenfassend wird im Projektbericht festgehalten, dass durch die Teilnahme an einzelnen Maßnahmen des Projektes „Sta.ges“ neue Bekanntschaften entstehen, Gesundheitsinformationen verbessert werden und die Wahrnehmung der (subjektiven) Sicherheit im Wohnumfeld als positiv beurteilt wird. Zudem wird eine Steigerung der körperlichen Gesundheit, auch in Bezug auf gesunde Ernährung und eine Erhöhung der Beweglichkeit/Mobilität, erfasst. Das Kennenlernen von Menschen zu denen eine Vertrauensbasis besteht und die Verbesserung des Wohnumfeldes werden ebenso als Effekt der Teilnahme an Maßnahmen angegeben.

Weiters wird festgehalten, dass: *„durch die Teilnahme des Evaluierungsteams an Veranstaltungen, Gesprächen mit TeilnehmerInnen, Beobachtungen und Auswertung der Fragebogenbefragung sich eine Übereinstimmung von Hinweisen zeigt, dass durch das Projekt „Sta.ges“ folgende definierte Ziele erreicht werden konnten:*

- *Etablierung eines Stakeholder-Netzwerkes als neue Ressource im Stadtteil.*
 - *Maßnahmen mit unmittelbaren Nutzen für die Zielgruppe durchführen und weiterentwickeln.*
 - *Aktivierung innerhalb der Zielgruppe.*
 - *Förderung von Gesundheitswissen und –handeln.*
 - *Stärkung von sozialem Kapital.*
 - *Erschließen neuer (Sozial-)Räume.*
 - *Förderung eines subjektiven Sicherheitsempfinden im Stadtteil.*
 - *Identifikation mit dem Wohnraum, positive Wahrnehmung des Stadtteils.*
 - *Erhöhung der Lebensqualität im Wohnumfeld.*
- (SMZ, Projektbericht „Sta.ges“, 20011, S.31)

Eine zusätzliche Netzwerkanalyse der Fa. Scan untersucht, wie die Maßnahmen und die beteiligten Personen zueinander in Beziehung stehen. Das Ergebnis zeigt, dass eine sozialraumübergreifende Beteiligung bei den Maßnahmen stattgefunden hat und dadurch ein Beziehungsnetzwerk über bestehende Sozialräume hinaus entstanden ist (vgl. Scan, 2011).

3.6.4 Weitere Gesundheitsförderungsarbeit des SMZ Liebenaus

Unter dem Titel „Forum für Sozialmedizinische Praxis“ moderiert und begleitet das SMZ Liebenau seit 1999, eine Veranstaltungsreihe zu aktuellen medizinischen, gesundheitswissenschaftlichen und gesundheitspolitischen Themen. An 5 - 6 Abenden nehmen jährlich rund 200 Personen, meist interessiertes Fachpublikum aus dem Bereich Public Health, dem Gesundheits- und Sozialwesen sowie interessierte Laien, teil. Ziel dieser Veranstaltung ist wiederum Gesundheitsbildung und Empowerment.

2012 finden Referate mit anschließender Diskussion unter folgenden Titeln statt:

„Wie gesund sind Kinder und Jugendliche in Graz?“, „Mammographie-Screening: Nutzen und Grenzen“, „Gesundheitsinformationen aus dem Internet“, „Reicht die Umweltzone?“, „Drogen in Graz“, „Wer ist gesund in Graz?“, „Das Lager Liebenau“, „Zukunftsmodell Hausarzt“, sowie „Stadtteilgesundheit für Alle! – Abschlusspräsentation“. Die Themenauswahl bezieht sich jeweils auf aktuelle Publikationen bzw. politische Diskurse.

Mit der vom SMZ Liebenau organisierten Seniorenplattform „SeniorInnen in Liebenau“, haben ältere BürgerInnen die Möglichkeit sich spezifisch zu informieren. Hier ist das Ziel SeniorInnen zu befähigen ihre persönlichen, gesundheitlichen und sozialen Interessen besser vertreten zu können. Das SMZ - Team ist verantwortlich für die Gestaltung der Sitzungen sowie der Vor- und Nachbesprechungen. Themenvorgaben kommen entweder von der Zielgruppe selbst, oder werden vom SMZ Liebenau als aktuell bzw. „seniorenrelevant“ vorgeschlagen. Engagierte SeniorInnen des Bezirkes, Seniorenkreise der Pfarren, Seniorenvereinigungen der Parteien, politische Vertreter des Bezirkes und MitarbeiterInnen von diversen Organisationen vernetzen sich über die Plattform und bündeln seniorenspezifischen Aktivitäten im Bezirk (vgl. SMZ Homepage, 2011). Das SMZ - Team hält darüber hinaus, unter dem Titel der „Gesundheitsförderung mit SeniorInnen“, in Kooperation mit der Hauskrankenpflege, Informationsveranstaltungen zu den Themen Pflege, Gesundheit, Ernährung im Alter, medizinische Versorgung..., bei diversen Senioren-Organisationen ab.

Der „Round Table Grünanger“ ist ein Vernetzungstreffen von sozialen Einrichtungen und LaienhelferInnen. Er koordiniert Interventionen im Gebiet Grünanger. Zu diesem Zweck gibt es vierteljährliche Treffen in der SMZ Außenstelle Am Grünanger in der Andersengasse 32. Vorrangige Themenstellungen sind Haussanierungen, Kriseninterventionen, psychosoziale Betreuungen und mehr.

Der „Brunch am Grünanger“, findet jeden Donnerstag vormittags ebenfalls in der Andersengasse statt. Er wird von den SozialarbeiterInnen des SMZ Liebenau geleitet. Kleine Mahlzeiten werden gegen einen Unkostenbeitrag von derzeit 2 € angeboten. Die Teilnehmerzahl am Brunch wird mit ~ 15 Personen, als relativ stabil beschrieben. Es kommen unterschiedlichste Menschen wie ältere Frauen und Männer, Personen mit chronischen und psychischen Erkrankungen, einkommensschwächere BürgerInnen und MigrantInnen. Jeder ist willkommen, soziale Kontakte können und sollen hier geknüpft werden. In den Sommermonaten findet der Brunch im „Garten für Alle“ statt. TeilnehmerInnen am Brunch wirken auch als MultiplikatorInnen für die Gesundheitsförderung im Stadtteil. Sie nehmen vielfach auch an anderen Projekten teil wie den Stadtteilstunden, der Gartengestaltung im „Garten für Alle“ usw. Der Brunch ist jedenfalls, über die Möglichkeit eines Treffpunktes am Grünanger und der gemeinsamen Mahlzeit hinaus, ein Angebot für einen niederschweligen Zugang zur „mobilen Sozial- und Gesundheitsberatung“.

„Walken an der Mur“, ebenfalls ein Teilprojekt von „Sta.ges“, wird seit 2009 laufend regelmäßig angeboten. Das Projekt ist unbürokratisch und kostenlos. Es richtet sich an alle Altersstufen, fokussiert jedoch ganz bewusst Menschen, die sozial isoliert sind, ein geringes Einkommen haben und von sich aus eher wenig Bewegung machen. Die Walkinggruppe wird medizinisch durch einen Arzt und eine Therapeutin begleitet. So kann den TeilnehmerInnen gleichzeitig ein medizinischer „Check“ in Form eines Anamneseblattes für Einsteiger und informelle gesundheitliche Beratung angeboten werden. Mit dem wöchentlichen Fixtermin soll ein Anreiz geschaffen werden aktiv zu sein, außer Haus zu gehen und nachbarschaftliche Beziehungen zu pflegen. Mittlerweile wird, laut Homepage des SMZ, montags an der Mur und dienstags im Park der HIB Liebenau gewalkt. „Walken Sie mit uns“ wird vom SMZ zusammen mit „pro move“ (pro mente Steiermark) angeboten (vgl. SMZ Homepage, 2011).



Abbildung 24: SMZ, Brunch, Walken, Garten für Alle, oJ

Weitere gesundheitsfördernde Angebote des SMZ Liebenau sind die Musiktherapie im SMZ, das Projekt „Sturz und Fall“ an der NMS Dr. Renner und der VS Schönau, und das Generationen übergreifende Projekt „Gemeinsam statt einsam“. Sämtliche Projektaktivitäten können laufend aktualisiert auf der SMZ Homepage: www.smz.at und neuerdings über facebook nachverfolgt werden.

Mit der „SMZ – Info“ legt das SMZ 1986 erstmals ein doppelseitiges Blatt zur PatientInneninformation auf. 1998 wird dieses neu aktiviert und „im Laufe der Jahre maßgeblich weiterentwickelt zu einer Broschüre, die sich sowohl an ExpertInnen aus dem Medizin- und Sozialbereich als auch an PatientInnen, KlientInnen und interessierte Laien richtet.“ (SMZ Homepage, SMZ Info). Ab der Ausgabe 1, Dezember 2003, können sämtliche SMZ-Info Ausgaben auf der SMZ Homepage nachgelesen werden.

Matthias Urlesberger führt 2012, im Rahmen einer Masterarbeit, eine Fragebogenerhebung im SMZ Liebenau durch. Bei 60 Personen, zwischen 21 und 70 Jahren, wurde u.a. auch die „Inanspruchnahme der Angebote im SMZ“ erhoben. Im Ergebnis besuchen 90% der Befragten die Praxisgemeinschaft, 43% die Physiotherapie im SMZ. Für die abgefragten gesundheitsförderlichen Agenden des SMZ (Walken, Brunch, Yoga, Sommerfeste...) ergab sich eine Inanspruchnahme der Angebote von 42%. 62% der Befragten lesen demnach die SMZ-Info, die Veranstaltungen des Forums sozialmedizinischer Praxis besuchen immerhin 38%.

Die Sozialarbeit wird von rund 12% und die Beratungsstelle für familiäre und rechtliche Belange wird von ca. 13% der Befragten in Anspruch genommen. Urlesberger hält fest, dass vor allem die Altersgruppe der 61-70 Jährigen das SMZ als „zentrale Anlaufstelle“ und als Ort der „ganzheitlichen Versorgung“ wahrnehmen (vgl. Urlesberger, 2012, S.53ff).

3.6.5 SMZ Gesundheitsförderungsarbeit, was läuft gut, was ist mühsam?

Im Rahmen der Interviewführung mit den Akteuren des SMZ Liebenau wird auch die Gesundheitsförderung im regionalen Setting, die Stadtteilarbeit und Bürgerbeteiligung thematisiert und die Frage „Was läuft gut, was ist mühsam?“ behandelt.

Für die Sozialarbeiterin Birgit Paller läuft die GF-Arbeit generell gut. Nachhaltig angenommen werden Aktivitäten aus dem ehemaligen Projekt „Sta.ges“, wie der Brunch am Grünanger, der Garten für Alle und das gemeinsame Walken. Sie hebt in diesem Zusammenhang den *niederschweligen Zugang und die Förderung der Nachbarschaftlichkeit* als positiv hervor. Im Rahmen dieser Veranstaltungen können auch Themen, die für die Bevölkerung relevant sind, vom SMZ – Team erfahren und aufgenommen werden und so in die weitere GF-Arbeit einfließen. Mühsam ist es, BürgerInnen immer wieder anzusprechen ohne ein *Gefühl der Vereinnahmung* aufkommen zu lassen. Für Paller *macht sich dieser Aufwand aber bezahlt*.

Die Soziologin Inge Zelinka-Roitner bezeichnet die *Netzwerkarbeit mit den Institutionen vor Ort, vor allem mit den maßgeblichen Multiplikatoren wie Kindergarten, Schulen, Polizei... als den größten Erfolg der GF-Arbeit*. Sie sieht das SMZ - Team dabei in der Rolle der *sozialen Anwaltschaft* für die BürgerInnen in den Projektgebieten. Es ist

notwendig Vertreter von Institutionen sowohl für die Teilnahme an Projekten als auch als Multiplikatoren zu gewinnen, bzw. ein *grundsätzliches Verständnis für Gesundheit als Querschnittsmaterie zu wecken*. Gesundheitsförderung ist für Zelinka *nicht nur ein Ernährungs- oder Bewegungsprogramm*. Sie bezeichnet auch das *Befähigen der Netzwerkpartner* als wichtig, denn *das SMZ führt die GF-Arbeit ja gemeinsam mit diesen Partnern durch*. Sie sieht das SMZ Liebenau quasi *als Motor* der die GF-Arbeit in Schwung hält. Eher schwierig ist auch für sie das Erreichen und Beteiligen der Zielgruppen. Es bedarf eines ständigen Motivierens der betroffenen Bevölkerung, Kümmerer müssen gefunden werden. *Empowerment, im Sinne von Selbstbefähigen der BürgerInnen durch einmalige Projekte, die dann bis ans Lebensende selbstwirksam sind, gibt es für sie nicht*. Als Beispiel für gelungenes Empowerment nennt sie das Stadteiffest im Bereich der Schönausiedlung in der VS Schönau. Dieses wurde erst vom SMZ Liebenau organisiert, dann von der Schule als Netzwerkpartner und Multiplikator für die Bevölkerung vor Ort übernommen.

Für den Gesundheitswissenschaftler Christopher Fröch laufen die Aktivitäten, die aus dem Projekt „Sta.ges“ weitergeführt werden, sehr gut. Explizit nennt auch er den Brunch am Grünanger und das Walken. *Die Leute finden sich dann auch außerhalb dieser Aktivitäten zusammen und treffen sich manchmal privat zum Walken oder Schwimmen. Manche bringen auch eigene Lebensmittel zum Brunch mit*. Die Zusammenarbeit innerhalb des SMZ-Teams empfindet er als wichtig, man hat *ein gleiches Verständnis für Gesundheitsförderung und arbeitet dadurch in dieselbe Richtung*. Als mühsam erachtet er, Menschen zu aktivieren, sich selbst aktiv zu beteiligen. *Die Leute dazu zu bringen, selber was zu tun, ist schwierig; die wollen oft lieber konsumieren,...oder dass was für sie getan wird*.

Der Arzt Gustav Mittelbach sieht einen Vorteil für das gute Gelingen der GF-Arbeit darin, dass das SMZ Liebenau in der Region gut verankert ist. *Das SMZ ist bekannt, im Bezirk vor Ort seit 1984 präsent, kennt das Projektgebiet und die Umstände gut und das SMZ - Team ist auch immer da. Das Projektteam fährt nach getaner Arbeit nicht wieder weg, wie externe Projektnehmer. Das SMZ bleibt dran, ist in der Versorgung tätig, da paßt die Gesundheitsförderungsarbeit dazu*. Für ihn liegt darin auch der Vorteil zu sehen, was von einem Projekt, einer Idee überbleibt. *Man kann die eigene Arbeit auch kritisch betrachten. Was bleibt wenn´s vorbei ist? Bleibt nur Erinnerung?* Er erzählt, dass sich die Bezirksarbeit langsam entwickelt hat, von anfänglichem Unterstützen von

Bürgerinteressen mit vielen runden Tischen, einer indirekten Förderung von Bürgerinitiativen, bis hin zu den Initiativen für ein Stadtteilzentrum im problematischen Teil des Bezirkes. Die anfänglichen Bürgerinitiativen in Liebenau entstanden eher aus Eigeninteressen heraus und sind bei Themenende auch wieder zerfallen. Sie zu fördern war aber wichtig. Die BürgerInnen wurden dadurch ermuntert sich bei Stadtplanungsagenden einzubringen.

Bei der Arbeit am Grünanger sieht er eine Konzentration des SMZ - Teams auf die Interessen benachteiligter BürgerInnen. Die Siedlung sollte geschliffen werden. Das Ziel, das zu verhindern, ist geglückt. Es ist quasi eine *Schutztruppe* für den Ortsteil entstanden. Günstige Sozialwohnungen konnten so bestehen bleiben. Das Jakomini-Projekt (Schönausiedlung) in der Nachbarschaft, wurde schon in „Sta.ges“ teilweise mitbetreut. Hier erfolgte die Kontaktaufnahme zu den BürgerInnen über die Schule. Ein Ziel war die Unterstützung der Elternvereinsgründung mit InländerInnen und MigrantInnen an der VS Schönau.

Mittelbach führt das Lukrieren von Fördergeldern als mühsam an. Die aktuelle Diskussion dazu im Stadtrat: „Was ist Gesundheitsförderung?“ und, dass *Gesundheitsförderung nicht als GF-Arbeit verstanden wird*, empfindet er als *beinahe unterhaltsam*. Welche Projekte gefördert werden sollen, die Ressortzuständigkeit...all das endet oft in einem *parteilichen Hick-Hack*. In diesem Zusammenhang erwähnt er Wien, das sich *mit einer konstanten Stadtregierung über Jahrzehnte leichter tut, Stadtteilprojekte zu initiieren und durchzuführen*. Für Mittelbach ist eine Zusammenarbeit mit politischen Funktionären (Bezirksrat) im Hinblick auf die GF-Arbeit wichtig aber auch *schwierig bei politisch unerwünschten Themen* wie beim Murkraftwerk. (Anmerkung: das SMZ organisiert 2011 eine BürgerInnen-Versammlung zum Thema „Murkraftwerk-Staustufe Puntigam - welche gesundheitlichen Auswirkungen hat das Murkraftwerk auf Liebenau?“). Auf der fachlichen Ebene ist seiner Meinung nach eine kritische Arbeit jedenfalls möglich und notwendig.

Der Arzt Rainer Possert beginnt mit den aus seiner Sicht mühsamen Aspekten der GF-Arbeit. Als Obmann des Trägervereins hat er Geschäftsführerfunktion. Mühsam ist für ihn daher von Personalfragen über Controlling, Konzeptentwicklung etc. Verantwortung zu tragen. *Das ist eine Managerfunktion. Politikerkontakte pflegen, strategische Weichenstellungen... die Abhängigkeit von Fördergeldern, das ist nervig! Besser wäre es, ein Teil der Gesundheitseinrichtungen und der Gesundheitsversorgung zu sein. Wo überhaupt ist Gesundheitsförderung effektiv?* Possert führt an, dass

Gesundheitsförderung schwierig zu evaluieren ist und Subventionsgeber Ergebnisse sehen wollen. Für ihn waren auch klassische Präventivmaßnahmen mit Belohnungssystem, wie der Mutter-Kind Pass, durchaus sinnvoll.

Gut läuft auch für ihn die Vernetzung, die nachhaltige Beziehung zu den Multiplikatoren und Stakeholdern vor Ort. *Es herrscht ein großes Vertrauen in die Arbeit des SMZ Liebenau; dadurch kann ein kleines Zentrum relativ viel erreichen.* Als gelungenes Beispiel nennt er das Stadtteilzentrum am Grünanger und die dortige Gemeinwesenarbeit. Für die Zukunft plant er daher mit dem SMZ - Team einen *Schritt in Richtung Jakomini* zu machen, eine der ärmsten Gegenden von Graz. Es hat bereits eine Gesundheitskonferenz Schönaugürtel im Bezirk Jakomini stattgefunden und ein Stadtteilzentrum Schönau wird gegründet. Dazu laufen bereits Vorarbeiten. Kooperationen mit anderen Praktikern gibt es diesbezüglich kaum, er sieht kein Interesse von seiten der KollegInnen. *G´scheit wäre es schon, aber nicht zwingend nötig.* Er führt an, dass *andere Praktiker jedoch über die Plattformen elegant einsteigen könnten.*

4 WHO „Gesundheit 2020“ – gesunde Wege in die Zukunft



Europäisches Rahmenkonzept
„Gesundheit 2020“ für
gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung
von Gesundheit und Wohlbefinden



Abbildung 25: WHO, 2012

„Gesundheit und Wohlbefinden in der Bevölkerung“ ist auch in Zukunft, gerade in einem krisen-gebeutelten Europa, ein zentrales Anliegen. Die WHO Europa gibt daher mit dem Strategiepapier „Gesundheit 2020“ und dem dazugehörigem Rahmenkonzept, einen aktuellen Handlungsleitfaden für die Länder Europas heraus

Wiederum sollen gemeinsame Ziele für *„die erhebliche Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung, Abbau von Ungleichgewichten im Gesundheitsbereich, Stärkung der öffentlichen Gesundheit und Gewährleistung nachhaltiger, bürgernaher Gesundheitssysteme, die flächendeckend sind und Chancengleichheit sowie qualitativ hochwertige Leistungen bieten“* sorgen. (WHO, EUR/RC62/8, S.1)

Bereits 1998 wird in „Gesundheit 21“ eine Weltgesundheitserklärung verabschiedet:

„Wir, die Mitgliedstaaten der Weltgesundheitsorganisation (WHO), bekräftigen unsere Verpflichtung auf das in der WHO-Satzung verankerte Prinzip, dass es zu den Grundrechten eines jeden Menschen gehört, sich der bestmöglichen Gesundheit erfreuen zu können, und damit bekräftigen wir zugleich die Würde und den Wert einer jeden Person und die für alle geltenden gleichen Rechte, aber auch das Prinzip, dass alle die gleichen Pflichten und Verantwortlichkeiten für die Gesundheit haben.“ (WHO, 1998,I, S.5)

In „Gesundheit 2020“ verweist das Europabüro der WHO neuerlich auf dieses *„hohe Ideal“*, hält aber fest, dass es an der Zeit ist, *„bisherige Steuerungsmechanismen für Gesundheit, Gesundheitspolitik, öffentliche Gesundheitsdienste und Leistungserbringung umfassend und kritisch zu überprüfen.“* Weiter heißt es, die Gesundheitspolitik in der Europäischen Region ist zu erneuern und *„das Menschenrecht auf Gesundheit vor dem Hintergrund des heutigen Kenntnisstandes und der heutigen Möglichkeiten bei der Förderung und Erhaltung von Gesundheit neu zu thematisieren.“* (WHO, EUR/RC62/8, S.4)

Auch bei diesem Rahmenkonzept liegt der Schwerpunkt auf der Zusammenschau von gesundheitlichen, sozialen, ökologischen und ökonomischen Themen: *„Angesichts der Zusammenhänge zwischen sozialen, räumlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen und einer generationsübergreifenden Chancengleichheit sollten Strategien für gesundheitliche Chancengleichheit und nachhaltige Entwicklung miteinander verknüpft werden.“* (WHO, EUR/RC62/8, S.4)

Staatlichen sowie nichtstaatlichen Akteuren, soll durch dieses Strategiepapier eine Orientierungshilfe für die komplexen, gesundheitlichen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts geboten werden. Gesundheit wird als *„wichtige Ressource“* und als *„Aktivposten für die Gesellschaft“* bezeichnet. So wird die Gesundheitssituation in der Europäischen Region auch eng mit deren wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit verknüpft.

Erneut wird auf die politische Erklärung von Rio 2011, zum Stellenwert von sozialen Determinanten für die Gesundheit, hingewiesen. Die Auswirkung von prognostizierten sozialen, ökonomischen, umweltbezogenen und demographischen Veränderungen, die Europa vor große Herausforderungen stellt, wird auch in „Gesundheit 2020“ thematisiert. Es wird festgestellt, dass für die letzten Jahrzehnte grundsätzlich eine Verbesserung in der Gesundheit der Menschen festgehalten werden kann, aber dennoch Ungleichheiten im Gesundheitsbereich vorhanden sind. Diese werden sich vielerorts auch noch erheblich verstärken. Die Wettbewerbsfähigkeit der Staaten stelle, laut WHO Europa, unter diesem Aspekt, keinen Selbstzweck dar, sondern soll dem Wohlergehen der BürgerInnen dienen. Der Anstieg der Gesundheitsausgaben in Bezug auf die Nationaleinkommen und die damit verbundenen Herausforderungen für die Regierungen, wird im Strategiepapier ebenfalls thematisiert. Ebenso die Tatsache, dass aktuelle Daten vieler Länder keine Korrelation zwischen den Ausgaben im Gesundheitswesen und den Gesundheitsergebnissen aufweisen. Viele Systeme scheitern bei der Kostendämpfung und *„der steigende finanzielle Druck auf Gesundheits- und Sozialsysteme macht es immer schwieriger, das richtige Gleichgewicht für den Gesundheitsbereich zu finden.“* (WHO, EUR/RC62/8, S.2) Gesundheitskosten können nur effektiv gesenkt werden, wenn gleichzeitig gesundheitliche Ungleichgewichte entlang des sozialen Gefälles erkannt und bekämpft werden.

Auch diese Problematik erfasst bereits 1998 das WHO Konzept „Gesundheit 21“. Das Kapitel 2, „Gesundheitliche Chancengleichheit durch solidarisches Handeln sichern“, konzentriert sich auf die Förderung der Solidarität unter den Mitgliedstaaten, in Bezug auf gesundheitliche Entwicklung und gesundheitliche Chancengleichheit unter den Bevölkerungsgruppen (vgl. WHO 1998, S.8). Bislang fehlt es jedoch in den meisten Ländern noch immer an einer sektoren- bzw. ressortübergreifenden Gesamtpolitik. Ebenfalls fehlen die dazugehörigen Etats und Handlungskonzepte für Gesundheit und Chancengleichheit (vgl. WHO, EUR/RC62/8, S.3).

Die Thematik der „Multisektoralen Strategien für die Schaffung einer nachhaltigen Gesundheit“ wird ebenfalls bereits in „Gesundheit 21“, Kapitel 5, Ziel 14 behandelt. Im Kapitel 6 legt die WHO Europa bereits 1998 einen optimierten Ressourceneinsatz im Gesundheitswesen u.a. mit den Zielen 15 „Ein integrierter Gesundheitssektor“ und 17 „Finanzierung des Gesundheitswesens und Ressourcenzuweisung“ dar (vgl. WHO 1998, S.126 ff).

2012 wird neuerlich die Senkung der Kosten durch einen effizienteren Ressourceneinsatz gefordert. In diesem Zusammenhang wird auch der bisherige Mitteleinsatz für die Krankheitsprävention in den OECD Ländern, mit maximal 3% der gesamten Gesundheitsausgaben, kritisch betrachtet.

Zusammenfassend wird „Gesundheit 2020“ als ein anpassungsfähiges und praxisorientiertes Rahmenkonzept beschrieben sowie als Plattform für gemeinsames Lernen und den Austausch von Fachwissen und Erfahrungen zwischen den europäischen Ländern. Das Konzept soll durch die Verknüpfung von individueller und kollektiver Anstrengung umgesetzt werden. Alle Akteure, von den Regierungen über nichtstaatliche Organisatoren, Zivilgesellschaft, Privatwirtschaft, Wissenschaft, Gesundheitsfachkräfte, Gemeinschaften, bis hin zu einzelnen BürgerInnen, sollen ermutigt werden, durch gemeinsame Ziele zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden beizutragen. Dabei sollen auch entstandene Netzwerke wie das Europäische Netzwerk gesunder Städte, das Netzwerk „Regionen für Gesundheit“ und andere WHO Netzwerke zur Gesundheitsförderung in Settings unterstützend mitwirken. Der künftige Wohlstand einzelner Länder, als auch der gesamten Europäischen Region, wird von den diesbezüglichen gemeinsamen Bemühungen abhängen. (vgl. WHO, EUR/RC62/8, S.144).

„Gesundheit 2020 unterstützt und ermutigt die Gesundheitsministerien darin, die zentralen Akteure zu einer gemeinsamen Anstrengung für eine gesündere Europäische Region zusammenzuführen.“ (WHO, EUR/RC62, S.15).

4.1 Strategische Ziele und vorrangige Handlungsfelder

Die 2 strategischen Hauptziele von „Gesundheit 2020“ sind

1. Verbesserung der Gesundheit für alle, Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheiten.
2. Verbesserung von Führung und partizipatorischer Steuerung für die Gesundheit.

Diese Ziele beziehen sich auf die 3 Hauptbereiche:

1. Krankheitslast und Risikofaktoren.
2. Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen und ihre Determinanten.
3. Prozesse, Führungsfragen und Gesundheitssysteme.

Als die vier vorrangigen Handlungsfelder von „Gesundheit 2020“ werden angeführt:

1. Investitionen in Gesundheit durch einen Lebenslaufansatz und Stärkung der Handlungsfähigkeit der Menschen.
2. Bekämpfung der großen gesundheitlichen Herausforderungen durch nichtübertragbare und übertragbare Krankheiten in der Europäischen Region.
3. Stärkung von bürgernahen Gesundheitssystemen, von Kapazitäten in den öffentlichen Gesundheitsdiensten und von Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen für Notlagen.
4. Schaffung widerstandsfähiger Gemeinschaften und stützender Umfeldler.

Die Verfolgung der Ziele wird auf der Ebene der Europäischen Länder vereinbart und soll dementsprechend auch überwacht werden. Hierzu sollen routinemäßig erhobene Gesundheitsinformationen genutzt werden, eine Erhebung neuer Daten ist nicht zwingend vorgesehen.

In der folgenden Tabelle sind die, für die Europäische Region vorgeschlagenen Ziele abgebildet:

Hauptbereiche von Gesundheit 2020	Ziel	Verknüpfung mit dem strategischen Ziel aus „Gesundheit 2020“	Verknüpfung mit einem vorrangigem Handlungsfeld aus „Gesundheit 2020“
1. Krankheitslast und Riskofaktoren	1. Senkung der vorzeitigen Mortalität in der Europäischen Region bis 2020	1. Verbesserung der Gesundheit für alle und Verringerung des gesundheitlichen Gefälles	2. Bekämpfung der gesundheitlichen Herausforderungen durch nichtübertragbare und übertragbare Krankheiten in der Europäischen Region
2. Gesundheit und Wohlbefinden der Menschen und ihrer Determinanten	2. Erhöhung der Lebenserwartung in der Europäischen Region	1. Verbesserung der Gesundheit für alle und Verringerung des gesundheitlichen Gefälles	1. Investitionen in Gesundheit durch einen Lebenslaufansatz und Stärkung der Handlungsfähigkeit der Menschen 4. Schaffung widerstandsfähiger Gemeinschaften und stützender Umfelder
	3. Abbau gesundheitlicher Ungleichgewichte in der Europäischen Region (Ziel in Bezug auf soziale Determinanten)	1. Verbesserung der Gesundheit für alle und Verringerung des gesundheitlichen Gefälles	1. Investitionen in Gesundheit durch einen Lebenslaufansatz und Stärkung der Handlungsfähigkeit der Menschen 4. Schaffung widerstandsfähiger Gemeinschaften und stützender Umfelder
	4. Förderung des Wohlergehens der Bevölkerung in der Europäischen Region	1. Verbesserung der Gesundheit für alle und Verringerung des gesundheitlichen Gefälles	1. Investitionen in Gesundheit durch einen Lebenslaufansatz und Stärkung der Handlungsfähigkeit der Menschen 4. Schaffung widerstandsfähiger Gemeinschaften und stützender Umfelder
3. Prozesse, Führungsfragen und Gesundheitssysteme	5. Flächendeckende Versorgung und das „Recht auf Gesundheit“	2. Verbesserung von Führung und partizipatorischer Steuerung für die Gesundheit	3. Stärkung von bürgernahen Gesundheitssystemen, von Kapazitäten in den öffentlichen Gesundheitsdiensten und von Maßnahmen der Notfallvorsorge
	6. Mitgliedstaaten legen regionale Zielvorgaben fest.	2. Verbesserung von Führung und partizipatorischer Steuerung für die Gesundheit	3. Stärkung von bürgernahen Gesundheitssystemen, von Kapazitäten in den öffentlichen Gesundheitsdiensten und von Maßnahmen der Notfallvorsorge

Abbildung 26: WHO, EUR/RC62/8, 2012, S.36

4.2 Das SMZ im Rahmen von „Gesundheit 2020“

„Gesundheit 2020“ richtet sich als Strategiepapier an politische Verantwortungsträger in den Ländern, Regionen und Städten Europas. Die strategischen Ziele „Verbesserung der Gesundheit für alle und Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit“ sowie „Verbesserung von Führung und partizipatorischer Steuerung für die Gesundheit und gesundheitliche Chancengleichheit“ als zentrale Anliegen sollen:

„...von vielen verschiedenen Akteuren ausgehen, sofern diese neue Verantwortlichkeiten und Rechenschaftspflichten für die Bevölkerungsgesundheit übernehmen.“

Das Rahmenkonzept erörtert

„...wie Bürger, Organisationen, Gemeinschaften und ganze Länder dazu motiviert und dabei unterstützt werden können, sich wirksam an sich verändernde Rahmenbedingungen anzupassen, die Kompetenzbildung auf der lokalen Ebene zu erleichtern und konkret jene Akteure herauszufordern, deren Handeln sich negativ auf die Gesundheit der Bevölkerung auswirkt. Wirksame Partnerschaften mit Bürgern und Gemeinschaften sowie mit staatlichen und privaten Akteuren sind unverzichtbar, um Erkenntnisse über Determinanten auf lokaler Ebene zu gewinnen, sich die Unterstützung für Maßnahmen an der Basis zu sichern und zur gesellschaftlichen Entwicklung beizutragen. Die Befähigung der Bürger und Patienten zu selbstbestimmtem Handeln ist von zentraler Bedeutung für eine Verbesserung der gesundheitlichen Ergebnisse und der Leistungen der Gesundheitssysteme sowie für größere Zufriedenheit unter den Bürgern. Sie können sich für gesundheitsverträglichere Handlungskonzepte in allen Politikbereichen einsetzen und dazu beitragen, dass Gesundheitsleistungen weniger in Anspruch genommen und die Kosten für die Gesundheitsversorgung gesenkt werden und dass die Kommunikation zwischen Patienten und Gesundheitspersonal verbessert wird und dass verschriebene Behandlungen eingehalten werden. Dies führt zu einer Erhöhung der Lebenserwartung, einer besseren Beherrschbarkeit von Krankheiten und für die Betroffenen zu einem erhöhten Selbstwertgefühl, einer verstärkten Einbeziehung in die Gesellschaft und letztendlich zu mehr Lebensqualität. Vor diesem Hintergrund werden alle Bereiche der Gesellschaft als verantwortlich und damit rechenschaftspflichtig für die Gesundheit gesehen – als wesentliche Bestandteile

einer von Grund auf erneuerten Arbeit für die öffentliche Gesundheit.“ (WHO, 2012, Bessere Politiksteuerung)

Schon mit der „Charta von Ljubljana“ und mit „Gesundheit 21“, dem Ziel 15 „Ein integrierter Gesundheitssektor“, wird eine stärkere Gewichtung der primären Gesundheitsversorgung im Gesundheitssystem gefordert. 15.2 hält fest, dass

„In mindestens 90% aller Länder (...) Hausärzte und Pflegekräfte den Kern dieses integrierten primären Gesundheitsversorgungssystems bilden (sollten), das auf dem Einsatz multidisziplinärer Teams aus dem Gesundheits- und Sozialwesen sowie aus anderen Sektoren basiert und auch die örtliche Bevölkerung mit einbindet.“ (WHO, 1998, S.144)

Das SMZ Liebenau bezieht seine Arbeit auf dieses WHO Ziel. Die Förderung benachteiligter Gruppen und die BürgerInnenbeteiligung im Setting Stadtteil ist ebenfalls ein Arbeitsgrundsatz des SMZ. Dies spiegelt sich auch in den Zielen des Vereins für praktische Sozialmedizin und im Leitbild des SMZ Liebenaus (siehe 2.2.2) wieder.

Im Hinblick auf die vorrangigen Strategien von „Gesundheit 2020“, insbesondere den Bereich *„Stärkung von bürgernahen Gesundheitssystemen, von Kapazitäten in den öffentlichen Gesundheitsdiensten und von Vorsorge-, Surveillance- und Gegenmaßnahmen für Notlagen“*, bleibt die WHO in ihren Forderungen dem Ansatz der primären Gesundheitsversorgung als *„Eckstein der Gesundheitssysteme im 21. Jahrhundert“* treu (vgl. WHO, Europäisches Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“, S. 15). In diesem Versorgungssegment agiert das Sozial-medizinische Zentrum Liebenau. Es setzt zudem gesundheitsfördernde Maßnahmen in den Bereichen *„Investitionen in Gesundheit durch einen Lebenslaufansatz und Stärkung der Handlungsfähigkeit der Menschen“* und *„Schaffung widerstandsfähiger Gemeinschaften und stützender Umfeldler“*. Das SMZ-Team sieht sich mit dieser Arbeit in der Rolle der „Sozialen Anwaltschaft“ und bezeichnet diesbezüglich „Netzwerkarbeit“ und „Empowerment durch direkte Beteiligung“ als wichtigste Aufgabe (aus dem Interview mit Zelinka).

Zahlreiche gesundheitsförderliche Initiativen im kommunalen Setting wie die Gesundheitsplattform Liebenau, Stadtteilplattformen, Forum für sozialmedizinische Praxis usw. werden vom SMZ initiiert und begleitet (siehe 3.6). Auch das beschriebene Gesundheitsförderungsprojekt im Stadtteil „Sta.ges“ (siehe 3.6.3) ist hier zu erwähnen. Das SMZ Liebenau leistet damit als ein *„Akteur, der diese neue Verantwortlichkeiten und Rechenschaftspflichten für die Bevölkerungsgesundheit übernimmt...“* seine Arbeit (wiederum) ganz im Sinn der Zielsetzungen und Strategien von „Gesundheit 2020“.

4.2.1 Lernen am Modell

Das Sozialmedizinische Zentrum Liebenau arbeitet sehr transparent und öffentlichkeitswirksam seit beinahe 30 Jahren. Die Interviewfrage, was die einzelnen Akteure des Teams potentiellen „Nachahmern“ als essentielle Kernbotschaft mitgeben würden, wurde überraschend klar und einheitlich beantwortet. Für alle ist ein funktionierendes interdisziplinäres Team, die Struktur und Finanzierung, eine gute Verankerung im kommunalen Setting, bzw. eine gelungene Netzwerkarbeit essentiell.

Birgit Paller nennt Teamarbeit und den Austausch im Team als wichtige Basis für ein Funktionieren. Notwendig wäre für sie *zu Beginn die Strukturen zu klären und Verantwortlichkeiten abzustecken.*

Inge Zelinka würde ebenso raten ein weiteres Zentrum *interdisziplinär möglichst breit aufzustellen.* Auch für sie ist die gewählte Struktur, die Koordination der Professionen, sowie die Klärung der finanziellen Absicherung eine Voraussetzung für einen gelungenen Start.

Christopher Fröch sieht ebenfalls ein interdisziplinäres Team als Basisvoraussetzung an. Er erwartet bei einer Zentrumsgründung *viel harte Arbeit* und fürchtet es *muss eventuell Lehrgeld gezahlt werden bis ein Erfolg eintritt. Ein zukünftiges Zentrum muss sich etablieren, muss erst bekannt werden, die Netzwerke vor Ort erkennen und nutzen lernen und sich jedenfalls gut verankern.*

Das sieht auch Gustav Mittelbach so. Potentiellen Jungärzten empfiehlt er daher *sich gut zu vernetzen.* Es reicht seiner Meinung nach für Ärzte auch nicht aus, *allein ein Experte für Gesundheit zu sein.* Man muss *vor Ort mit Leuten in Kontakt treten, Ideen zeigen, Bedürfnisse äußern und auch politisch eher offener, liberaler sein.* Mittelbach erwähnt die Erfahrungen, die das SMZ Liebenau in seinen Anfangsjahren mit der Schließung des Puch Zweiradwerkes im Bezirk erlebte. Der Arbeitskreis zur Rettung des Puch-Werkes wurde praktisch im Wartezimmer des SMZ gegründet. Die Probleme der Patienten (Puch Mitarbeiter sind krank geworden durch ihre Sorgen), ihre soziale Lage, die Berufssituation, drohende Arbeitslosigkeit..., muss man als Arzt auch verstehen können. Man darf *keine soziale Amnesie* haben; er zitiert Russel Jakobie (1978, Soziale Amnesie) und stellt die Frage, ob denn immer Gesundheit in der Überschrift stehen

müsse? Er weist auf ein notwendiges Wissen über die sozialen Determinanten von Gesundheit und über soziale Ungleichheit hin.

In seiner Erinnerung war der erste Workshop mit dem FGÖ ein exotisches Unterfangen, da eine gedankliche Verbindung von Gesundheit und Sozialem nicht üblich war. Das habe sich mittlerweile deutlich verbessert. Allgemeinmediziner erkennen soziale Probleme, sind damit jedoch, besonders als Einzelkämpfer, oft überfordert. Gerade deshalb wäre es für ihn nötig, dass diese Probleme auch artikuliert werden. Für den Arzt Mittelbach ist die *Teamarbeit wichtig* und er sieht in der jungen Generation der Ärzte auch eine Bereitschaft dafür. In Zukunft, auch durch mehr Frauen in der Medizin, wird Teamarbeit mit möglichen Teilzeitmodellen, die daneben auch ein Familienleben und mehr Freizeit ermöglichen, noch wichtiger werden. Für ihn wird sich dadurch vieles ändern, er weist aber auch auf die Gefahr einer möglichen „Zersplitterung“ hin.

Zur GF-Arbeit merkt Mittelbach an, dass der Landesgesundheitsfond derzeit gute Projekte fördere. Er persönlich wäre dafür, zukünftige GF-Arbeit im Land zusammenzuführen. Als Beispiel führt er das Gesunde Krankenhaus Projekt an. Es wäre für ihn wünschenswert, hier Synergien zu finden und die Krankenanstalten mit den niedergelassenen Praxen, beziehungsweise auch Ärzte mit der Sozialarbeit zusammenzubringen. Die Gesundheitsförderung per se kostet Zeit, ist in der Organisation aufwändig und bringt nicht mehr Geld. Das wirkt seiner Meinung nach möglicherweise auf junge Kollegen abschreckend. Dennoch ist für Gustav Mittelbach die Arbeit des SMZ insgesamt wichtig und gut und das wird inzwischen auch von der Politik (er nennt namentlich die Gesundheitslandesrätin Edlinger Ploder) anerkannt. Abschließend stellt er fest, dass jemand anderer alles anders machen würde.... Bei der Gründung des SMZ Liebenau war eben die „Zeit der kritischen Medizinbewegung“ Gründungshintergrund und ideologische Basis.

Rainer Possert erklärt als essentiell, für alle nichtärztlichen Aufgaben von vornherein einen Träger zu suchen. Dieser soll das Personalwesen, die Subventionsbeschaffung, Fördergeldanträge usw. übernehmen. Auch er erzählt aus der Historie. Das SMZ ist langsam gewachsen, am Höhepunkt mit den Sozialen Diensten im Team, hatte das Zentrum über 20 Mitarbeiter. Das war ohne Geschäftsführung nicht mehr handelbar. Jetzt führt der Vorstand des Träger-Vereins die Geschäfte. Die Anträge für die Basissubventionierungen sind jährlich zu stellen, das ist für alle im Team ein großer Aufwand. Etwa 1 Monat pro Jahr arbeitet das Team an Antragsstellungen. Mittelbach und er, Possert, waren Studentenvertreter, da lernt man halt Organisieren.

4.2.2 SMZ 2020

Wo sehen die Akteure des SMZ Liebenau, dieses im Jahr 2020?

Diese, aufgrund der zu erwartenden personellen Änderungen im ärztlichen Bereich, zugegebenermaßen etwas schwierige Interviewfrage, wurde von allen Befragten überraschend positiv beantwortet.

Die Sozialarbeiterin Birgit Paller sieht das SMZ in einem anderen Gebäude (der Umzug ist für 2014 ist schon geplant), mit einem jungen Ärzteteam, möglicherweise auch wieder mit angegliederten Sozialen Diensten (Hauskrankenpflege, Heim- und Altenhilfe), *angepasst an die Erfordernisse im Wandel der Zeit*. Das SMZ ist für sie gut im Gebiet verankert und wird daher auch weiterhin bestehen.

Die Soziologin Inge Zelinka sieht das SMZ 2020 auch vor allem in einem neuen Haus untergebracht und mit einem neuen Ärzte-Team. Für sie wird es zu einer Verstärkung in der Stadtteil- und Gemeinwesenarbeit kommen. Sie erwähnt diesbezüglich das Projekt Jakomini. Das Sozialmedizinische Zentrum wird durch weitere Stadtteilprojekte wahrscheinlich auch mehrere Aussenstellen bekommen, in denen auch *die ärztliche Tätigkeit stärker eingebunden sein wird*.

Auch Christopher Fröch erwähnt als erstes das neuen Haus, spricht aber auch, aufgrund der zu erwartenden Pensionierung der Ärzte und Gründungsmitglieder Mittelbach und Possert, eine mögliche Strukturänderung an. Offene Fragen diesbezüglich sind für ihn, *wer die erfolgreiche Arbeit der beiden, wie weiterführen wird*. Es wird sich klären, *wie personenabhängig das SMZ ist. Die Anforderung an Praktiker im SMZ sind groß, nicht jeder Arzt kann das übernehmen. Es fordert ein hohes privates Engagement. Zusätzlich muss eine Vereinsführung, Projektarbeit, Organisationsführung „gekonnt“ werden*.

Der Arzt Gustav Mittelbach erwähnt die zukünftige Kooperation mit dem Verein „pro mente“. Dieser stellt die Räumlichkeiten im neuen Haus, wo die Praxisgemeinschaft sich einmieten wird. Getrennte Verträge für die Praxis und den Trägerverein erleichtern, wenn nötig, den Ausstieg zukünftiger Kollegen. Für ihn besteht auch die Möglichkeit, dass die Vereinsarbeit in Zukunft von einem externen Träger übernommen wird. Ein *neues Ärzteteam arbeitet dann eventuell mit „jemanden“ der den Verein übernimmt in Kooperation*. Der Arzt kann sich dann um seine Arbeit kümmern und hat auch weiterhin

Sozialarbeiter an seiner Seite, die auch Visiten machen können. Das entspräche den Anforderungen der Zeit, denn *die Leute können dadurch länger zu Hause leben.*

Für die Zukunft hält er fest, *dass man nicht ewig ein Projekt sein kann* und wirft die Frage auf, *ob ein allgemeines Interesse am Fortbestand des SMZ besteht? Das Land Steiermark hat bislang durch seine Förderung die größte Beteiligung am Weiterbestehen des SMZ Liebenau gehabt, die Stadt Graz beteiligt sich kaum. Der FGÖ fördert hoffentlich auch weiterhin die Projekte. Eine öffentliche Diskussion zu gesundheitspolitischen Themen, wie sie im SMZ stattfindet, macht sonst kaum jemand. Immerhin kommen aber regelmäßig Diskutanten aus allen relevanten Bereichen zu diversen Informationsabenden ins SMZ.*

Für Mittelbach ist *Gesundheitspolitik allgemein immer Spitalspolitik.* Eine Initiative für die Stärkung des Primärbereiches müsste daher für ihn, auch von dort ausgehen. *Hausarztpraxen haben in Österreich aber keine Gatekeeperfunktion, das wurde bei der Einführung der e-card verabsäumt und daher sind kaum Steuerungsmöglichkeiten im System gegeben.* Er stellt fest, dass *Primary Health Care in Österreich keine Tradition hat* und erwähnt als Vergleich die Entwicklungsgeschichte diesbezüglich in Slowenien. Für ihn ist auch *Versorgungsforschung im Bereich der Primärversorgung nicht gewollt, da Versicherungsträger Projekte im niedergelassenen Bereich als ambulante Leistungen nicht bezahlen.*

Rainer Possert kann in seiner Zukunftsschau nicht bis 2020 gehen (ist ihm zu weit). Die nahe Zukunft bringt mit 2014 einen Ortswechsel und das Siedeln zu „pro mente“. Ein erster Schritt wird es dann sein, ein *neues Ärzteteam zu finden, das mit dem Verein kooperiert*, damit das Konzept SMZ aufrechterhalten werden kann. Auch für ihn wird die Zukunft dem SMZ *mehr Außenstellen* bringen, konkret sieht er 3 Lokalisationen: das Hauptquartier in der Liebenauer Hauptstraße, ein Stadtteilzentrum Grünanger und ein Stadtteilzentrum Jakomini in der Schönausiedlung.

Der Hauptanteil der Finanzierung wird weiterhin aus dem Gesundheitsressort des Landes kommen. Zusätzlich gibt es die Fördertöpfe für die Gesundheitsförderarbeit und für die Drogenversorgung, die das SMZ anbietet. Die Stadt Graz hat derzeit nur minimale Subventionstöpfe. Ein *Idealfall* wäre es für ihn, *Teil des öffentlichen Gesundheitswesens zu sein, ausfinanziert, ähnlich dem Geriatrie Zentrum am Griesplatz.* Er und Kollege Mittelbach werden 2020 jedenfalls in Pension sein, die anderen Mitarbeiter des SMZ Liebenau sind in seiner Zukunftsschau noch im Team.

5 Diskussion

Das Sozialmedizinische Zentrum Liebenau existiert seit rund 30 Jahren.

Ebensolange fordert die WHO den Ausbau einer bürgernahen, möglichst niederschweligen Primärversorgung im Gesundheitswesen. Hier soll die medizinische Versorgung der Bevölkerung, die Betreuung und Pflege chronisch Kranker sowie die Verankerung von Prävention und einer möglichst lebensnahen Gesundheitsförderung stattfinden. Das Konzept der „Primary Health Care“ gilt als Antwort auf die strukturellen und finanziellen Herausforderungen an die Gesundheitssysteme im 21. Jahrhundert. Aufgrund der demographischen Entwicklung und dem Fortschritt der modernen Medizin altert die Europäische Bevölkerung in den nächsten Jahrzehnten dramatisch. Wie gesund diese altern wird, hängt weniger von den Gesundheitssystemen der Länder ab, sondern von deren Sozial- und Bildungssystemen. In jedem Fall werden Gesundheit und Soziales zu einander finden müssen um eine zufriedenstellende Grundversorgung der Bevölkerung garantieren zu können. Ebenso werden die verschiedenen Professionen und Anbieter von medizinisch-therapeutischen, pflegerischen und sozialen Leistungen vermehrt, möglichst wohnortnahe und unter einem Dach, integrativ zusammenarbeiten müssen. Darüber hinaus, ist das Schaffen gesunder Lebenswelten, sowie die Ermöglichung einer gesundheitsbewußten Lebensführung in allen Lebensbereichen, ein wichtiges gesundheitspolitisches Ziel. Gesundheit muss als Querschnittmaterie begriffen werden und in den unterschiedlichen Lebensbereichen mitgedacht werden. Die Bevölkerung muss im Erkennen und Nützen ihrer gesundheitlichen Ressourcen befähigt, unterstützt und gefördert werden. Diese „Basisarbeit im Gesundheitswesen“ ist sowohl ein gesundheits- als auch ein gesellschaftspolitischer Auftrag.

Das SMZ Liebenau ist mit seiner Struktur und seinem Wirken ein gelebtes Modell für diese umfassende Primärversorgung. Seine Akteure erkennen diesen Auftrag an und setzen ihn in ihrer täglichen Arbeit um. Das SMZ war und ist mit seiner Entwicklung jeweils am Puls der Zeit und manchmal auch seiner Zeit voraus. Der Aufbau der Sozialen Dienste, als fixer Bestandteil des Sozialmedizinischen Zentrums, wurde bereits Anfang der 90-er Jahre des vorigen Jahrhunderts vorausschauend vorangetrieben. Politische Kurzsichtigkeit führte zu deren Ausgliederung. Heute, 10 Jahre später, wird der Wert der Zusammenarbeit vor Ort von mobilen Pflegediensten, niedergelassenen Ärzten und Sozialarbeit wieder diskutiert, nicht zuletzt unter dem Aspekt der möglichst langen Versorgung einer alternden Bevölkerung in häuslicher Betreuung. Der Ausbau von „Primary Health Care“ im Gesundheitswesen ist das Gebot der Stunde. Auch die

Österreichische Politik erkennt dies und sucht nach „Reformoptionen“ für das teure und im Hinblick auf die Versorgung chronisch Kranker und Langzeitpflegebedürftiger nicht wirklich effiziente Gesundheitssystem.

Aufgrund seines langjährigen Bestehens und dem daraus resultierenden, reichen Erfahrungsschatz, bietet sich das Sozialmedizinische Zentrum in Graz als Modell für die Versorgungsforschung an. Die beiden praktischen Ärzte und Gründungsmitglieder werden demnächst in Pension gehen. Es bleibt zu hoffen, dass mit deren Ausscheiden aus dem Berufsleben, das „Modell SMZ“ weitergeführt wird und die politischen Verantwortungsträger den Wert dieser Primärversorgungseinrichtung erkennen können. Das „ewige Projekt“ könnte dann durchaus als „Prototyp eines „Sozialmedizinischen Gesundheitszentrums“ auch in Serie gehen.

Die Gesundheitsplattform Steiermark errichtet zur Zeit, im Auftrag der Steiermärkischen Landesregierung, „Gesundheitszentren“ in den steirischen Bezirken. Diese sind als Schnittstellen zwischen den Spitälern und der häuslichen Versorgung angedacht. Sie sollen, angesiedelt an den Krankenhäusern in den Regionen, eine koordinierte Entlassung und eine qualifizierte Nachsorge gewährleisten und in weiterer Folge auch für Gesundheitsförderung zuständig sein. Bleibt abzuwarten, ob diese Gesundheitszentren auch die gewünschte Entlastung des überbordenden Spitalswesens bringen können.

Dort wo die Menschen leben, arbeiten und lieben...in ihren direkten Lebenswelten suchen sie auch primär nach Rat und Unterstützung. Dort sollen und müssen sie ermuntert, befähigt und vernetzt werden um den Anforderungen an „ein Leben in möglichst langer Gesundheit“ gerecht zu werden.

Das Sozialmedizinische Zentrum Liebenau ist in der Zusammenschau der vorangegangenen Kapitel ein Modell für gelebte Primary Health Care, leistet nachhaltige Gesundheitsförderungsarbeit im kommunalen Setting und entspricht durchaus mit seiner Gesamtperformance den 4 vorrangigen Handlungsfeldern von „Gesundheit 2020“.

Die WHO Europa könnte mit dem geforderten Modell von Primärversorgung, für die Herausforderungen an unser Gesundheitssystem im 21. Jahrhundert, nach Graz Liebenau geschaut haben..., die heimische Gesundheitspolitik sollte dies definitiv tun!

	WHO Empfehlungen	SMZ Liebenau
1978 Alma Ata	Primary Health Care als interdisziplinäres Versorgungsangebot im Gesundheitswesen;	1984 Gründung des SMZ mit Praxismgemeinschaft, Verein für praktische Sozialmedizin, Familienberatungsstelle Graz-Süd; ab 1985 Sozialarbeit im SMZ; ab 1990 Gründung der Sozialen Dienste (Hauskrankenpflege, Heim- und Altenhilfe)
1986 Ottawa	Gesundheitsförderung als Bestandteil der Gesundheitsversorgung, Ziel: „Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen“	1986 erste Herausgabe einer Patientenzeitschrift als Vorläufer der „SMZ-Info“ „Empowerment im Bezirk“
1997 Jakarta	Soziale Sicherheit und Gerechtigkeit sowie gesundheitliche Chancengleichheit; Netzwerkbildung; Bürgerbeteiligung	Von Beginn an Blick auf soziale Determinanten von Gesundheit, Verankerung im Setting und Netzwerkbildung mit lokalen Multiplikatoren, „soziale Anwaltschaft“
1998 Ljubljana	ergebnisorientierte Gesundheitsversorgung, Ausbau der Primären Gesundheitsversorgung, Merkmale für „General Practice“	1998 Beginn der offiziellen GF-Arbeit: Gesundheitsförderkonferenz, Gesundheitsplattform Liebenau, ab 1999 „Forum sozialmedizinische Praxis“
1998 Gesundheit 21	21 Gesundheitsziele für Europa	Bekennen besonders zu den Zielen 2, 13 und 15; 2001 Studie „Wie gesund ist Liebenau?“ 2002 Gründung des Seniorenverbandes, Angebot von Sexualberatung und Mediation, Jugendstudie
2004 Den Haag	EU-Konzept für Primärversorgung: Patientenorientierung, Partizipatorischer Ansatz, Multidisziplinäre Teampraxen	2006 Leitbildpräsentation Gesundes Liebenau 2008 – 2011 Projekt „Sta.ges“
2012	Gesundheit 2020- als Masterplan für die Herausforderungen an Gesundheitssysteme im Europa des 21. Jahrhunderts	Seit ~ 30 Jahren laufend ein gesundheitsförderliches, interdisziplinäres Angebot in der Primärversorgung für den Grazer Süd-Osten.

Abbildung 27: WHO Empfehlungen-SMZ Zeittafel

6 Literaturverzeichnis

Bencic Werner, Kastner Karin (2010): Public Health als Option für die Österreichische Sozialversicherung. Weidenholzer Josef (Hrsg.). Johannes Kepler Universität Linz

Bundesministerium für Gesundheit (2013): Die Gesundheitsreform 2013. [on-line]. Verfügbar in: http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/5/1/CH1329/CMS1327510505216/gesundheitsreform_2012_presse.pdf (Zugang 4.3.2013)

BZgA (2001): „Was erhält Menschen gesund?“ Antonovskys Modell der Salutogenese. Diskussionsstand und Stellenwert. In: Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6. Neuauflage 2001. Köln

BZgA: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. [on-line]. Verfügbar in: www.bzga.de/leitbegriffe/ (Zugang 9.4.2013)

Dt. Kooperationsverbund für gesundheitliche Chancengleichheit: Homepage. [on-line]. Verfügbar in: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/> (Zugang 13.8.2013)

Ender Regina (2011): Partizipation in der Gesundheitsförderung. [on-line]. Verfügbar in: <http://www.sicherearbeit.at/servlet/ContentServer?pagename=X04/Page/Index&n=X041.2.4.a&cid=1317301561118> (Zugang 17.4.2013)

FGÖ (Stand 2005): Gesundheitsförderung. Begriffe und Theorien.[on-line]. Verfügbar in: <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/begriffe-und-theorien> (Zugang 17.4.2013)

FGÖ (2009): Gesundheitsförderung im kommunalen Setting. Einladung zum 11. Österreichischen Präventionstag. [on-line] Verfügbar in: www.asvoe-steiermark.at (Zugang 17.4.2013)

Freidl Wolfgang (2005): Gesundheitliche Gerechtigkeit – eine zentrale Herausforderung für Public Health. In: Sprenger (Hrsg.). Public Health in Österreich und Europa. 2005. Graz

Gesundheitliche Chancengleichheit [on-line]. Verfügbar in: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/.../das-setting-quartier/> (Zugang 17.4.2013)

Gesundheitliche Chancengleichheit [on-line]. Verfügbar in: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/kooperationsverbund/hintergruende-daten-materialien/> (Zugang 26.4.2013)

Gesundheit Steiermark [on-line]. Verfügbar in: www.gesundheit.steiermark.at (Zugang 17.4.2013)

Graz Stadt Homepage [on-line]. Verfügbar in: <http://www.graz.at> (Zugang 29.4.2013)

Greenhalgh Trisha (2007): Primary Health Care. Theorie and Practice. BMJI Books. Blackwell Publishing. 2007. London

Gruber Gudrun (2002): Professionalisierung eines Nonprofit-Unternehmens anhand des Sozialmedizinischen Zentrums in Graz Liebenau. Diplomarbeit. September 2009. KFU Graz

GÖG (2011): Rahmengesundheitsziele für Österreich. [on-line]. Verfügbar in: http://www.gesundheitsziele-oesterreich.at/fileadmin/user_upload/pdf/Rahmengesundheitsziele_langfassung_gesamt.pdf (Zugang 4.3.2013)

Haller Sebastian, Garrido Marcial Velasco, Busse Reinhard (2009): Hausarztorientierte Versorgung. Charakteristika und Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung. Ein Evidenz Report. [on-line]. Verfügbar in: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2009/Anhang/Anhang_6.1.3_Evidenzreport_Hausarztorientierte_Versorgung.pdf (Zugang 19.3.2013)

Hanika Alexander (2010): Kleinräumige Bevölkerungsprognose für Österreich 2010-2030 mit Ausblick auf 2050. ÖROK Prognosen. Teil 1. [on-line]. Verfügbar in: http://www.oerok.gv.at/fileadmin/Bilder/2.Reiter-Raum_u_Region/2.Daten_und_Grundlagen/Bevoelkerungsprognosen/Prognose_2010_Teil1/Endbericht_Bevoelkerungsprognose_08-2010.pdf (Zugang 4.3.2013)

Hampel Dieter (2003): Das Primary Health Care-Konzept. Anmerkungen zu einem universellen wie visionären Konzept – 25 Jahre nach der Deklaration von Alma Ata. In: curare 26 (2003)1+2. S.11

IFA Steiermark (2011): Gesundheitsbericht für Graz. Peter Stoppacher et al. Im Auftrag des Gesundheitsamtes der Stadt Graz. Oktober 2011. Graz

Mittelbach Gustav, Possert Rainer (2005): Ein primärmedizinisches, interdisziplinäres Versorgungsnetz am Beispiel des Sozialmedizinischen Zentrums (SMZ) Liebenau. In: Sprenger (Hrsg.). Public Health in Österreich und Europa. 2005. Graz

Naidoo Jennie, Wills Jane (2009): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. BZgA (Hrsg.). 2. Auflage der dt. Ausgabe. Verlag der Gesundheitsförderung. 2010. Köln

ÖBIG. (2010): Das Österreichisch Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. [on-line]. Verfügbar in: http://www.goeg.at/cxdata/media/download/berichte/Gesundheitswesen_2010.pdf (Zugang 4.3.2013)

OECD (2012): Health at a Glance. Europe 2012. [on-line]. Verfügbar in: www.oecd.org/els/health-systems/HealthAtAGlanceEurope2012.pdf (Zugang 19.6.2013)

Österreichischer Hauptverband der Sozialversicherungen (2010): Masterplan Gesundheit. [on-line]. Verfügbar in: http://www.hauptverband.at/mediaDB/730577_Masterplan%20Gesundheit_Langfassung.pdf (Zugang 4.3.2013)

Österreichischer Hauptverband der Sozialversicherungen (o.J.): Public Health Charta: Gemeinsam zu mehr Gesundheit für alle! Folder.

Partizipation: [on-line]. <http://www.partizipation.at>

Pichlbauer Ernest (September 2010): Primary Health Care - ein kleines Lehrstück. [on-line]. Verfügbar in: <http://www.rezeptblog.at/primary-health-care-eine-kleines-lehrstueck> (Zugang 4.3.1013)

Possert Rainer, Zelinka-Roitner Inge (Dezember 2011): Stadtteilgesundheit für alle. In: SMZ Liebenau Info. Graz.

Reis-Klingspiogl Karin (2011): Public Health Med Uni Graz. Lehrgangsskriptum SS 2012. MUG

Rosenbrock Rolf (2008): Primärprävention – Was ist das und was soll das? Forschungsgruppe Public Health. WZB. 2008. Berlin

Rosenbrock Rolf (2012): Gesundheitspolitik-Wissensbasierte Steuerung. Public Health Med Uni Graz. Lehrgangsskriptum SS 2012. MUG

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft längeren Lebens. Kurzfassung. Sondergutachten. 2009. Bonn

Scan (2012): Evaluierung der Projektes „Sta.ges“. Ein systemisch, sozialraumorientierter Forschungsansatz. Endbericht. 2012. Graz

Schlemmer Gudrun (2005): Graz, Gesunde Stadt... Masterthese. MUG. 2005. Graz

Schwartz Friedrich Wilhelm, Schlaud Martin, Siegrist Johannes, Troschke von Jürgen (2012, 3.Aufl.): Gesundheit und Krankheit in der Bevölkerung. Wer ist gesund, wer ist krank. In: Public Health. Schwartz et al. (Hrsg.). Urban & Fischer. 2012. München

SMZ Homepage: Verfügbar in: <http://smz.at/> (Zugang 25.4.2013)

SMZ INFO (2003): „Geschlecht macht Pflege“. Tagungsbericht in: SMZ Liebenau (Hrsg.). 2003. Graz

SMZ INFO (2005): Jubiläum: 2 Jahrzehnte Praxisgemeinschaft, 15 Jahre SMZ Liebenau. SMZ Liebenau (Hrsg.). August 2005. Graz

SMZ (2006): Leitbild Gesundes Liebenau. SMZ Liebenau (Hrsg.). 2006. Graz

- SMZ INFO** (2011): Stadtteilgesundheit für Alle! Projektbericht. SMZ Liebenau (Hrsg.). Dezember 2011. Graz
- Sottas** Beat, Brügger Sarah (2012): Die Gesundheitswelt von morgen denken. Ansprechstrukturen. Perspektivenwechsel in der Grundversorgung. [on-line]. Verfügbar in: <http://www.careum.ch/documents/10180/142854/Ansprechstrukturen%20-%20Perspektivenwechsel%20und%20Grenzverschiebungen%20in%20der%20Grundversorgung> (Zugang 13.3.2013)
- Sprenger** Martin (2003, unveröffentlichtes Manuskript): Das Sozialmedizinische Zentrum Liebenau im Spiegel von Public Health und Primary Health Care. 2003. Graz.
- Sprenger** Martin (2012): Resonanz der Versorgungsbereiche. In: Das Österreichische Gesundheitswesen ÖKZ. 53.Jg (2.1.2012). [on-line]. Verfügbar in: www.publichealth.co.at/uploads/pdfs/oekez_sprenger_resonanz_der_versorgungsbereiche1.pdf (Zugang 19.6.2013)
- Sprenger** Martin (2012): Primärversorgung. Public Health. Med Uni Graz. Lehrgangsskriptum SS 2012. MUG
- Statistik Austria** (2008): Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertung der Daten der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Im Auftrag von BMGJ. 2008. Wien
- Stigler** Florian (2011): The future of primary care in Austria. Masterthesis. University of Manchester. 2011. UK
- Stigler** Florian (2011): Reformoptionen. In: Das Österreichische Gesundheitswesen ÖKZ. 52.Jg (04.2011)
- Stoppacher** Peter et al. (2011): Gesundheitsbericht für Graz. Im Auftrag des Gesundheitsamtes der Stadt Graz. Oktober 2011. Graz
- Urlesberger** Matthias (2012): Integrative Gesundheitsversorgung am Beispiel des Sozialmedizinischen Zentrums Liebenau – Ein Modell für die Zukunft? Masterarbeit. IMC FH Krems. 2012. Krems
- WHO** (1978): Erklärung von Alma Ata. Alma At, USSR.[on-line]. Verfügbar in: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/1322f (Zugang 4.3.2013)
- WHO** (1986): OTTAWA Charta. [on-line]. Verfügbar in: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (Zugang 4.3.2013)
- WHO** (1997): Deklaration von Jakarta. pdf.
- WHO** (2004): Soziale Determinanten von Gesundheit. Die Fakten – 2. Ausgabe. Redaktion Richard Wilkinson, Michael Marmout. 2004. Dänemark

WHO (2008): Now more than ever. World health report 2008 Primary Health Care. Genf. Schweiz

WHO (1998): Gesundheit 21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für Alle“ für die Europäische Region der WHO. In: Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr.6 [on-line]. Verfügbar in: <http://www.euro.who.int/de/what-we-publish/abstracts/health21-the-health-for-all-policy-framework-for-the-who-european-region> (Zugang 5.6.2013)

WHO (2012): Governance for health in the 21 century. Redaktion: Ilona Kickbusch, David Gleicher. 2012. Paris. Frankreich

WHO (2012): Europäisches Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“ für gesamtstaatliches und gesamtgesellschaftliches Handeln zur Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden. [on-line]. Verfügbar in: <http://www.euro.who.int/de/what-we-do/event/first-meeting-of-the-european-health-policy-forum/health-2020> (Zugang 17.5.2013)

WHO (2012): EUR/RC62/8. Gesundheit 2020 - Rahmenkonzept und Strategie. 2012. Malta. [on-line]. Verfügbar in: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0015/170313/RC62wd08-Ger.pdf (Zugang 5.6.2013)

WHO (2012): Gesundheit 2020 – Bessere Politiksteuerung. [on-line]. Verfügbar in: <http://www.euro.who.int/de/what-we-do/health-topics/health-policy/health-2020/about-health-2020/strategic-objectives/better-governance> (Zugang 4.6.2013)

Wright Michael T. (2011): Partizipative Gesundheitsförderung bedeutet Perspektivenwechsel. Vortrag. ISG. [on-line]. Verfügbar in: <http://www.hag-gesundheit.de/uploads/docs/235.pdf> (Zugang 17.4.2013)

Wright Michael T. (2008): Partizipative Qualitätsentwicklung. [on-line]. Verfügbar in: www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de (Zugang 30.4.2013)