Gesundheitliche Ungleichheit und Gemeinwesenarbeit – Chancengleichheit durch Gemeinwesenarbeit für benachteiligte Stadtteile

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Arts

an der Karl-Franzens-Universität Graz

vorgelegt von

Dagmar POTOCNIK

am Institut für Erziehungs- und Bildungswissenschaft

Begutachter: Univ.-Prof. Dr. Arno Heimgartner

Graz, 2015

Ehrenwörtliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Masterarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen inländischen oder ausländischen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht. Die vorliegende Fassung entspricht der eingereichten elektronischen Version.

Graz, Herbst 2015 Dagmar Potocnik

1 EINLEITUNG 6
Zielsetzung und Aufbau der Arbeit 9
THEORETISCHER TEIL 10
2 SOZIALE UNGLEICHHEIT 10
3 GESUNDHEIT UND KRANKHEIT 12
3.1 Pathogenese und Salutogenese 14
3.2 Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung 15
3.2.1 Krankheitsprävention 16
3.2.2 Gesundheitsförderung 17
4 GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEIT 19
4.1 Erklärungsansätze und -modelle gesundheitlicher Ungleichheit 21
4.2 Soziale Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit 27
4.2.1 Soziales Gefälle 28
4.2.2 Frühe Kindheit 34
4.2.3 Soziale Unterstützung 40
4.2.4 Soziale Ausgrenzung: Migration 42
4.2.5 Arbeitslosigkeit und Arbeit 45
4.2.6 Rauchen 48
4.2.7 Alkohol 51
5 GEMEINWESENARBEIT (GWA) 53
5.1 Begriffsklärung 53
5.1.1 Definition Gemeinwesen 54
5.1.2 Definition Sozialraum 55
5.2 Relevante Begriffe der GWA 56
5.2.1 Gemeinwesenökonomie 56
5.2.2 Agenda 21 57
5.2.3 Bürgerschaftliches Engagement 57
5.2.4 Soziokulturelle Animation 57
5.2.5 Arbeitsprinzip Gemeinwesenarbeit 58
5.2.6 Sozialraumorientierung 59
5.3 Vorläufer der GWA 60
5.3.1 Samuel Barnett und Toynbee Hall 60
5.3.2 Jane Addams und Hull House 62
5.3.3 Saul D. Alinsky und community organizing 63
5.4 Spezifische Formen und Ansätze der GWA 65
5.4.1 Formen der GWA 65
5.4.2 Ansätze und Konzepte der GWA 65
5.4.2.1 Wohlfahrtsstaatliche GWA 65
5.4.2.2 Integrative GWA 66
5.4.2.3 Aggressive GWA 67
5.4.2.4 Katalytisch-aktivierende GWA 67
5.5 Methoden der GWA 68
5.5.1 Gemeinwesenbeobachtung 69
5.5.2 Sozialraumanalyse 69
5.5.3 Aktivierende Befragung 71
5.5.4 Soziale Inszenierung 73
5.5.5 Moderation 73
5.5.6 Konfliktbearbeitung 74

5.5.7 Öffentlichkeitsarbeit ... 75
5.6 Arbeitsprinzipien der GWA ... 76
5.6.1 Non-direktive Pädagogik ... 76
5.6.2 Niederschwelliger Zugang ... 76
5.6.3 Zielgruppen- und ressortübergreifendes Handeln ... 77
5.6.4 Kooperation, Vernetzung und Intermediarität ... 78
5.6.5 Interdisziplinarität ... 79
5.6.6 Lebensweltorientierung ... 80
5.6.7 Bedürfnis- und Interessensorientierung ... 81
5.6.8 Ressourcenorientierung und -erschließung ... 82
5.7 Ziele ... 84
5.7.1 Empowerment ... 84
5.7.2 Partizipation ... 86
5.7.3 Förderung der Selbsthilfekräfte und Selbstorganisation ... 88
5.7.4 Verbesserung der Lebensqualität ... 89
5.8 Grenzen der GWA ... 90
5.8.1 Strukturelle Bedingungen ... 90
5.8.2 Widerstand der EntscheidungsträgerInnen ... 91
5.8.3 Fehlende Motivation der BewohnerInnen ... 92
5.8.4 Begrenzte Betreuungszeit ... 93
5.8.5 Ausgrenzungsprozesse ... 93
EMPIRISCHER TEIL ... 94
6 Empirische Forschungsmethode ... 94
6.1 Qualitative Forschung ... 94
6.2 Erhebungsmethode ... 95
6.2.1 Schriftliche und mündliche Befragung ... 95
6.3 Erhebungsinstrument ... 96
6.3.1 Leitfadeninterview ... 96
6.3.2 ExpertInneninterview ... 96
6.4 Auswertungsmethode ... 97
6.4.1 Qualitative Inhaltsanalyse ... 97
7 ERGEBNISDARSTELLUNG ... 98
7.1. Vorstellung der Projekte ... 98
7.1.1 NANET Floßlend – Nachbarschaftsnetzwerk Floßlend ... 98
7.1.2 Stadtteilzentrum Bassena ... 99
7.1.3 „Frühstück mit mir“ ... 100
7.2 Begriffsverständnis ... 101
7.3 Theoretische Fundierung ... 105
7.3.1 Arbeitsprinzipien ... 105
7.3.2 Methoden ... 110
7.4 Zielgruppe ... 114
7.5 Ziele ... 118
7.6 Grenzen ... 120
8 FAZIT ... 124
9 BEANTWORTUNG DER FORSCHUNGSFRAGE ... 125
LITERATURVERZEICHNIS ... 127
ABBILDUNGSVERZEICHNIS ... 152
TABELLENVERZEICHNIS ... 153

ANHANG 154
Interviewleitfaden 154
Codesystem 156

1 EINLEITUNG

> *„Our children have dramatically different live chances depending on where they were born. In Japan or Sweden they can expect to live more than 80 years; in Brazil, 72 years; India, 63 years; and in one of several African countries, fewer than 50 years. And within countries, the differences in live chances are dramatic and are seen worldwide. The poorest of the poor have high levels of illness und premature mortalitiy. But poor health is not confined to those worst off. In countries of all levels of income, health and illness follow a social gradient: the lower the socioeconomic position, the worse the health"* (WHO 2008, o.S.).

Gegenwärtig stellen chronische Krankheiten die häufigste Todesursache weltweit dar. Beinahe 80 % dieser Sterbefälle treten in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen auf. Im Jahr 2008 sind fast zwei Drittel der Weltbevölkerung an nichtübertragbaren Krankheiten, wie Herz-Kreislauferkrankungen, Krebs, Diabetes und Lungenerkrankungen gestorben. Ungefähr ein Viertel dieser Todesfälle findet vor dem Alter von 60 Jahren statt. Chronische Krankheiten werden größtenteils durch vier verhaltensbezogene Risikofaktoren verursacht, die sich in höherem Maße in einkommensschwächeren Ländern und bei ärmeren Menschen in allen Ländern beobachten lassen: Tabakkonsum, ungesunde Ernährung, mangelhafte körperliche Betätigung und übermäßiger Alkoholkonsum (WHO 2011, o.S.).

Nichtübertragbare Krankheiten zeichnen mittlerweile auch in Entwicklungsländern (außer im Süden Afrikas) für die meisten Sterbefälle verantwortlich. Im Gegensatz zu Infektionskrankheiten werden chronische Krankheiten in unserer Gesellschaft als persönliche Schicksale angesehen und auch mit individuellem Fehlverhalten assoziiert. Chronische Krankheiten können durchaus auch auf den persönlichen Lebensstil zurückgeführt werden, sie erzählen aber immer auch von Armut und sozialer Ausgrenzung. Um chronische Krankheiten abzubauen, müssen demnach auch die sozialen, politischen, ökonomischen und kulturellen Bedingungen Berücksichtigung finden (vgl. Leschhorn Strebel 2009, o.S.).

Gegenwärtig besteht kein Zweifel mehr darüber, dass die vertikalen Dimensionen sozialer Ungleichheit, wie Einkommen, Bildung und Beruf maßgeblich zu einer ungleichen Verteilung von Lebenschancen beitragen. Der sozioökonomische Status

beeinflusst beinahe jeden Lebensbereich. Gesundheit stellt ebenso einen dieser Lebensbereiche dar, auch wenn dies in öffentlichen und politischen Debatten häufig ausgeblendet wird. Arbeits-, Wohn-, Freizeitbedingungen, finanzielle Ressourcen und das Bewältigen von Problemen werden durch die Position einer Person auf der sozialen Stufenleiter bedingt. Zahlreiche dieser Faktoren wirken direkt auf die Gesundheit und lassen auf eine Verbindung zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit schließen (vgl. Richter/Hurrelmann 2007, S. 3).

In Deutschland zeigt sich seit den 1970er Jahren insgesamt ein positiver Trend im Hinblick auf die Gesundheit der Bevölkerung. 75 % der über 18-Jährigen beurteilen ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“. Auch die Lebenserwartung ist seit 1990 bei Frauen durchschnittlich um 2,8 und bei Männern um 3,8 Jahre gestiegen. Diese Entwicklung lässt sich jedoch nicht für alle Bevölkerungsgruppen in derselben Weise feststellen (RKI 2006, S. 13ff.).

Lässt sich ein Zusammenhang zwischen sozialem Status und Krankheit bzw. Sterblichkeit feststellen, wird in der deutschsprachigen Literatur von „gesundheitlicher Ungleichheit“ gesprochen (vgl. Mielck 2005, S. 7).

Dass ein derartiger Zusammenhang existiert, können mittlerweile unzählige Studien belegen (vgl. Babitsch 2005; Mielck 2005; Richter 2005; Wilkinson 2005; Mackenbach 2006; Bittlingmayer/Sahrei/Schnabel 2009; Richter/Hurrelmann 2009).

Demnach können die soziale und gesundheitliche Lage nicht getrennt voneinander betrachtet werden. Menschen mit niedrigem Einkommen, Bildungs- und Berufsstatus tragen ein deutlich höheres Risiko zu erkranken und früher zu sterben (vgl. Lampert/Mielck 2008, S. 7).

Um gesundheitliche Ungleichheiten abzubauen, wird auf Krankheitsprävention und insbesondere auf Gesundheitsförderung gesetzt. Präventive Maßnahmen orientieren sich an der Entwicklung und dem Verlauf von Krankheiten (pathogenetische Sichtweise). Gesundheitsfördernde Maßnahmen hingegen richten das Augenmerk auf die Entstehung

und Aufrechterhaltung von Gesundheit (salutogenetische Sichtweise) (vgl. Hurrelmann/Klotz/Haisch 2010, S. 14).

Das Gesundheitsförderungskonzept geht auf die Ottawa Charta von 1986 zurück. Das Konzept versteht sich als sozialer und gesundheitspolitischer Ansatz, der nicht nur die gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen, sondern auch die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen verbessern will (Hurrelmann/Richter 2013, S. 149). Gesundheit und Krankheit liegen hier nicht mehr alleine in der Verantwortung des Individuums, sondern werden in ihrer Verflochtenheit mit gesellschaftlichen Rahmenbedingungen betrachtet (vgl. Ortmann/Waller 2005, S. 11). Das Gesundheitsförderungskonzept setzt sich die Aktivierung, Erschließung und Entfaltung sozialer Ressourcen, Teilhabechancen, Fähigkeiten und Handlungsmöglichkeiten zum Ziel (vgl. Sting/Zurhorst 2000, S. 10).

Demnach weist das Konzept zahlreiche Berührungspunkte mit den Prinzipien und Aufgabenfeldern der Sozialen Arbeit auf (vgl. Homfeldt/Sting 2005, S. 42).

Um gesundheitliche Ungleichheit zu vermindern, gilt es weniger an der Beseitigung akuter Symptome anzusetzen, sondern die dauerhafte Verbesserung der gesamten Lebensqualität in den Blick zu nehmen (vlg. Sting et al. 2000, S. 9):

> *„Diese Verbesserung ist aber in erster Linie nicht durch expertendominierte Zurichtungen oder die Perfektionierung ärztlich dominierter Gesundheitssysteme, sondern über das an primordialer Prävention interessierte Anstoßen und Unterstützen von lebensweltorientierten Empowermentprozessen der Betroffenen zu erreichen“* (Zurhorst 2000, S. 46).

Soziale Arbeit ist damit nicht länger als Randerscheinung des medizinischen Gesundheitssystems zu betrachten, sondern rückt unmittelbar in das Zentrum gesundheitlichen Geschehens ein. Gerade Soziale Arbeit kann wesentlich dazu beitragen, die Lebensweisen von Betroffenen zu verändern, da sie in dieser Hinsicht über die größte theoretische und praktische Erfahrung verfügt (ebd., S. 46):

„Als spezifische Zugänge der Sozialen Arbeit kommen in diesem Zusammenhang Maßnahmen wie Gemeinwesenarbeit, soziale Unterstützung und Netzwerkinterventionen, Lebensweltgestaltung und Empowerment sowie pädagogische Aktivitäten wie Beratung, Gesundheitsbildung und Kompetenzentwicklung in Betracht“ (Sting et al. 2000, S. 9).

Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

Die vorliegende Masterarbeit setzt sich die Klärung der Frage zum Ziel, inwieweit Gemeinwesenarbeit zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit in benachteiligten Stadtteilen beitragen kann.

Die Arbeit ist wie folgt aufgebaut: Im zweiten Kapitel wird der Begriff der Sozialen Ungleichheit dargestellt. Kapitel drei ist der Begriffsklärung von Gesundheit und Krankheit gewidmet. Dazu wird in Unterkapiteln sowohl auf den pathogenetischen und salutogenetischen Ansatz, als auch auf die Begriffe Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung eingegangen. Anschließend (Kapt. 4) werden Erklärungsansätze und -modelle gesundheitlicher Ungleichheit dargestellt. Kapitel 4.2 gibt einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand sozialer Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit. Mit Kapitel 5 wird auf das Kernthema meiner Arbeit Bezug genommen: Dazu wird zum einen der Begriff der Gemeinwesenarbeit erläutert. Zum anderen werden ausgewählte relevante Begriffe dargestellt. Überdies werden historische Vorläufer, spezifische Formen und Ansätze, Methoden, Arbeitsprinzipien, Ziele und Grenzen der Gemeinwesenarbeit aufgezeigt. In Kapitel sechs wird das Forschungsdesign der Arbeit vorgestellt. In Kapitel 7 wird das Material ausgewertet und interpretiert. Abschließend werden in Kapitel 8 und 9 alle Erkenntnisse zusammengefasst.

THEORETISCHER TEIL

2 SOZIALE UNGLEICHHEIT

Gleichheit und Ungleichheit bilden eine untrennbare Einheit, solange die gesellschaftliche Ungleichheit weiterwirkt, die das Gleichheitsproblem überhaupt erst erzeugt“ (*Rolff* 2004, S. 296).

„SozU (Anm.d.Verf.: Soziale Ungleichheit) ist von bloßer physisch bedingter körpergebundener Verschiedenartigkeit der Menschen (z.B. in Bezug auf Geschlecht, Augenfarbe, Lebensalter, Rassenzugehörigkeit, Körpergröße, ‘natürliche Begabung’) zu unterscheiden. D. h. wer von ‘sozialer’ Ungleichheit spricht, spricht stets von gesellschaftlich verankerten Formen der Begünstigung und Bevorrechtigung einiger, der Benachteiligung und Diskriminierung anderer, jedoch nicht von deren unterschiedlicher biologischer Ausstattung“ (Kreckel 2001, S. 1730).

Demnach wird von sozialer Ungleichheit immer dann gesprochen, wenn es sich um die ungleiche Verteilung von Lebenschancen handelt. Es geht also nicht um willkürliche Andersartigkeiten, wie die Haarfarbe oder die Schuhgröße (wobei auch physische Merkmale Ungleichheiten nach sich ziehen können), sondern bspw. um die Einkommenshöhe oder die Geschlechtszugehörigkeit. Besonders deutlich zeigen sich die „Unterschiedlichkeiten“ in fortschrittlichen, differenzierten Gesellschaften (vgl. Burzan 2011, S. 7).

In der Literatur wird zwischen vertikaler und horizontaler sozialer Ungleichheit differenziert. Die vertikale soziale Ungleichheit verweist darauf, dass sich die Bevölkerung in Oben und Unten unterteilen lässt. Sie wird über die Merkmale Einkommen, Bildung und Beruf erfasst und gibt Auskunft über den sozialen Status einer Person. Dabei wird insbesondere die Einkommenshöhe als wesentlicher Indikator angesehen (vgl. Mielck 2005, S. 8).

Die horizontale soziale Ungleichheit wird vor allem über die vier Merkmale Alter, Familienstand, Geschlecht und Nationalität erfasst, wobei eine allgemein anerkannte Liste von Merkmalen bislang nicht existiert und wahrscheinlich auch zukünftig nicht erstellt werden kann. Die soziologische Diskussion verweist meist darauf, dass gegenwärtig keine eindeutig unterscheidbaren sozialen Schichten, sondern eher vielfältige „Lebenslagen" existieren, die sich nicht mehr über die vertikalen Dimensionen sozialer Ungleichheit in eine einfache hierarchische Skala einordnen lassen. Zahlreiche empirische Studien konnten jedoch belegen, dass Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status ein erhöhtes Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko tragen. Dennoch ist die Kombination von vertikalen und horizontalen Merkmalen von wesentlicher Bedeutung, da nur auf diese Weise besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen identifiziert werden können (ebd., S. 8).

Reinhard Kreckels Begriffsdefinition berücksichtigt sowohl die vertikalen als auch die horizontalen Merkmale sozialer Ungleichheit und lautet wie folgt:

> *'SozU liegt überall dort vor, wo die Möglichkeiten des Zuganges zu allgemein verfügbaren und erstrebenswerten sozialen Gütern und/oder zu sozialen Positionen, die mit ungleichen Macht- und/oder Interaktionsmöglichkeiten ausgestattet sind, dauerhafte Einschränkungen erfahren und dadurch die Lebenschancen der betroffenen Individuen, Gruppen oder Gesellschaften beeinträchtigt oder begünstigt werden'* (*Kreckel* 2001, S. 1731).

Insgesamt entzieht sich der Begriff einer objektiven Definition, da er immer einem sozialen Wandel unterliegt, also eine Zeit- und Standortgebundenheit mit sich bringt (ebd., S. 1729):

„Soziale Ungleichheit ist somit eine gesellschaftliche Konstruktion, die an ihre historische Zeit gebunden ist und nie 'objektiv' sein kann" (Burzan 2011, S. 7).

3 GESUNDHEIT UND KRANKHEIT

Gesundheit stellt eine dynamische Erscheinung dar. Dies bedeutet, dass Menschen mehr oder weniger gesund sind. Um ein Leben in Gesundheit führen zu können, sind bestimmte Voraussetzungen auf materieller, sozialer und kultureller Ebene erforderlich (vgl. Abel/Kolip 2012, S. 119):

> *„Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden“* (WHO, Ottawa-Charta 1986, o.S.).

Der Begriff Gesundheit lässt sich nicht einheitlich definieren, da er nur schwer greifbar und beschreibbar ist. Definitionen und Klassifikationen aus früheren Jahren haben Gesundheit überwiegend als Gegenpol zu Krankheit angesehen. Dabei wurde eine systematische Bestimmung des Verhältnisses zu Krankheit verabsäumt. Dies ist jedoch für die Gesundheitswissenschaften und vor allem auch die theoretische und praktische Gesundheitsförderung von wesentlicher Bedeutung (vgl. Hurrelmann/Franzkowiak 2010, o.S.).

Gesundheit kann aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet werden. Wird bei einem Menschen beispielsweise eine Vorstufe einer Krankheit festgestellt, die noch symptomfrei verläuft, kann sich dieser dennoch gesund fühlen. Überdies können zwischen Gesundheit und Krankheit mehrere Zwischenstufen bestehen. Auch über die Entstehungsursache von Gesundheit und Krankheit existieren unterschiedliche Vorstellungen. Schließlich lassen sich beide Begriffe auf individueller Ebene (medizinische Sichtweise) und auf Bevölkerungsebene (Public Health) betrachten. Beide Perspektiven wenden unterschiedliche Strategien im Hinblick auf die Erhaltung, Verbesserung und Wiederherstellung von Gesundheit an (vgl. Egger/Razum 2012, S. 7).

Die bekannteste Definition von Gesundheit lieferte die World Health Organization (WHO) im Jahre 1948:

> *„Gesundheit ist ein Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen. Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen ist ein Grundrecht jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung"* (Bundesministerium für Gesundheit 2010, o.S.).

Mit dieser Begriffsbestimmung kam es zu ersten Anzeichen eines Paradigmenwechsels, indem der Gesundheitsbegriff von einer ausschließlich biomedizinischen Sichtweise losgelöst wurde. Die Definition gab jedoch auch Anlass zu zahlreicher Kritik (vgl. Hurrelmann et al. 2010, o.S.).

Zum einen wird die subjektiv betonte Sichtweise als zu einseitig angesehen. Die Selbsteinschätzung steht im Vordergrund, der Fremdeinschätzung durch Professionelle wird kein Raum gelassen (vgl. Hurrelmann et al. 2013, S. 118). Zum anderen nimmt die Vorstellung eines „vollständigen“ oder „völligen“ Wohlbefindens einen utopischen Charakter ein (vgl. Hurrelmann et al. 2010, o.S.). Darüber hinaus ist die mehrdimensionale Bestimmung auf einer physischen, psychischen und sozialen Dimension nicht präzise genug, auch wenn sie im Hinblick auf interdisziplinäres Arbeiten von Bedeutung ist. Der Begriff „soziale Gesundheit“ entzieht sich bis heute einer genauen Definition und wird gegenwärtig eher als „gesellschaftliche Rahmenbedingung“ von Körper und Psyche gedeutet. Schließlich wird sowohl der Begriff „Zustand“ als statische Denkweise als auch das Fehlen der Bestimmung des Verhältnisses zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit kritisiert (Hurrelmann et al. 2013, S. 118f.).

Insgesamt hat die WHO-Definition bedeutende integrative Gesichtspunkte aufgenommen. Sie ist nach wie vor wesentliches Thema im politischen Bereich und nimmt insbesondere im Hinblick auf Prävention und Gesundheitsförderung einen hohen Stellenwert ein (vgl. Hurrelmann et al. 2010, o.S.). Für die Wissenschaft hat sie jedoch an Aktualität verloren, da gesundheitspolitische Aspekte im Vordergrund stehen und sie kaum in der Lage ist, die verschiedenen wissenschaftlichen Theorien und Disziplinen zu verbinden (vgl. Hurrelmann et al. 2013, S. 119).

Eine interdisziplinäre Definition von Gesundheit und Krankheit, die in allen gesundheitsbezogenen Bereichen einsetzbar ist, lässt sich wie folgt definieren:

> *„Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichtes von Risiko- 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 ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt"* (Hurrelmann et al. 2013, S. 147).

> *„Krankheit ist das Stadium des Ungleichgewichtes von Risikofaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen nicht gelingt. Krankheit ist ein Stadium, das einem Menschen eine Beeinträchtigung seines Wohlbefindens und seiner Lebensfreude vermittelt"* (ebd., S. 147).

3.1 Pathogenese und Salutogenese

Der Begriff der „Salutogenese" geht auf den Medizinsoziologen Aaron Antonovsky (1997) zurück und kann als Pedant zu dem Begriff der „Pathogenese" angesehen werden. Die pathogenetische Perspektive orientiert sich vorrangig an der Entstehung von Krankheiten. Der salutogenetische Ansatz hingegen widmet sich der Erforschung von Prozessen, die Gesundheit erhalten und fördern sollen (vgl. Franke 2010, o.S.).

Aus biomedizinischer Perspektive wird Gesundheit wie folgt erklärt:

> *„Gesundheit steht hier nicht in einer Kontinuität mit Krankheit. Sie wird im Umkehrschluss definiert als Abwesenheit von Krankheit, als Fehlen negativer Einwirkungen, als subjektive Wahrnehmung eines 'Schweigens' und störungsfreien Funktionierens der Organe. In dieser Perspektive präsentieren sich Krankheit und Gesundheit als dichotome Zustände in einem als 'natürlich' angesehenen organisch-funktionellen Gleichgewicht. Sie sind nicht prozesshaft, biografisch und sozial wandelbar ineinander verschränkt, wie es die salutogenetische Vorstellung eines Gesundheits-Krankheits-Kontinuums nahelegt"*(Franzkowiak 2010a, o.S.).

Aus pathogenetischer Sicht wird Gesundheit als normaler und Krankheit als abweichender Zustand angesehen. Somit ist man entweder auf der gesunden oder auf der kranken Seite angesiedelt (vgl. Franke 2010, o.S.).

Gegenwärtig verliert das biomedizinische Gesundheits- und Krankheitsmodell, das sich auf das Individuum und auf die physische Entstehung von Erkrankungen konzentriert, zunehmend an Relevanz. Kritisiert wird dabei die pathogenetische Ausrichtung, der ein negatives Verständnis von Gesundheit zugrunde liegt. Die biomedizinische Sichtweise definiert Gesundheit lediglich als Abwesenheit von Krankheit und lässt keinen Raum für die subjektive Befindlichkeit von Krankheiten (vgl. Homfeldt/Sting 2011, S. 569).

Das salutogenetische Modell geht davon aus, dass es nicht nur ein entweder/oder von Gesundheit und Krankheit gibt, sondern dass fließende Übergänge und zahlreiche Zwischenstadien existieren und Gesundheit und Krankheit auch häufig gleichzeitig auftreten (vgl. Franzkowiak 2010b, o.S.).

Der Ansatz spricht von einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, indem Gesundheit und Krankheit als Endpunkte eines gemeinsamen mehrdimensionalen Kontinuums angenommen werden. Befindet man sich näher am positiven oder näher am negativen Pol ist man eben eher gesund oder eher krank (vgl. Franke 2010, o.S.).

3.2 Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung

Die Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention können als gegensätzliche, jedoch sich ergänzende Strategien definiert werden, welche darauf abzielen, Gesundheit zu verbessern und zu erhalten. Während sich Prävention primär an Gesundheitsrisiken orientiert, legt Gesundheitsförderung ihren Fokus auf Gesundheitsressourcen (vgl. Homfeldt et al. 2011, S. 573).

Beide Begriffe stellen Interventionsformen dar, die gesundheitliche Verschlechterungen im Vorfeld beeinflussen wollen. Dies geschieht durch Personen und Institutionen, die vorwiegend im öffentlichen und/oder professionellen Bereich angesiedelt sind. Beide Formen unterscheiden sich in ihrer Bezugnahme auf unterschiedliche Theorien. Prävention orientiert sich an der pathogenetischen Sichtweise, sprich an der Entwicklung und dem Verlauf von Krankheiten. Gesundheitsförderung hingegen ist

salutogenetisch ausgerichtet und nimmt die Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit in den Blick (vgl. Hurrelmann et al. 2010, S. 14).

Hurrelmann et al. (2013) verweisen darauf, dass

> *„[…] je nach Ausgangslage einmal die eine und einmal die andere Interventionsform die angemessenere und erfolgversprechendere sein kann. Meist kann auf Komponenten keiner der beiden Formen ganz verzichtet werden, um einen nachhaltigen Gesundheitsgewinn zu erzielen. Der Ansatzpunkt von präventiven Strategien liegt im Abbau von Krankheitsrisiken, der der Gesundheitsförderung im Aufbau von Gesundheitspotentialen“* (Hurrelmann et al. 2013, S. 152).

Insgesamt haben beide Begriffe ein gemeinsames Ziel, nämlich sowohl zur Verbesserung der Gesundheit als auch zur gesundheitlichen Chancengleichheit von Menschen beizutragen (vgl. Homfeldt et al. 2011, S. 573).

3.2.1 Krankheitsprävention

Krankheitsprävention strebt die Verminderung, Verhinderung oder Abwendung einer Krankheit an und basiert auf einer **Zukunftsprognose**, d. h., sie geht davon aus, dass sowohl der individuelle als auch der kollektive Krankheitsverlauf vorhersagbar ist (vgl. Hurrelmann et al. 2010, S. 14).

Krankheitsprävention kann als *Verhaltensprävention* bezeichnet werden, indem Strategien zur Anwendung kommen, die das Gesundheitsverhalten und personale Faktoren, wie Risikoverhalten, Lebensgewohnheiten und Krankheitsbewältigung direkt beeinflussen (vgl. Hurrelmann et al. 2013, S. 153).

Grundlage präventiver Interventionen ist das Erkennen von Risikofaktoren, die sich in drei Gruppen untergliedern lassen (vgl. Hurrelmann et al. 2010, S. 15):

1. Dispositionen auf genetischer, psychischer und physiologischer Ebene, welche beispielsweise in Verkalkungen der Arterien, psychischen Überforderungen und Neubildungen zum Ausdruck kommen

2. verhaltensbezogene Dispositionen, wie beispielsweise Rauchen, Fehlernährung, Bewegungsmangel, Geschlechtsverkehr ohne Schutz

3. Dispositionen auf ökologischer Ebene, wie beispielsweise Selenmangel, radioaktive Strahlen, Ozonbelastung

Grundsätzlich lassen sich drei Stufen präventiver Interventionen unterscheiden:

Die Primärprävention konzentriert sich darauf, Krankheiten erst gar nicht entstehen zu lassen, indem so früh wie möglich eingegriffen wird (vgl. Hurrelmann et al. 2010, S. 15).

Die sekundäre Prävention versucht Erkrankungen bereits in Frühstadien zu erkennen und in der Folge mit Frühtherapien zu behandeln. Vereinzelt wird sie auch als Verhinderung eines Krankheitsrückfalles angesehen (vgl. Rosenbrock/Kümpers 2006, S. 387).

Die Tertiärprävention schließlich richtet sich an kranke Menschen und umfasst zum einen die Kuration zur Verbesserung des Krankheitsbildes bzw. zur Verhinderung einer Verschlechterung der Krankheit. Zum anderen schließt sie die Rehabilitation ein, welche die Gesundung anstrebt (vgl. Land Steiermark – Amt der Steiermärkischen Landesregierung 2014, o.S.).

3.2.2 Gesundheitsförderung

Das Konzept der Gesundheitsförderung geht auf die Ottawa Charta der WHO von 1986 zurück und zielt darauf ab,

> *„allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“* (Ottawa Charta 1986, o.S.).

Gesundheitsförderung will soziale Ressourcen, Teilhabechancen, Fähigkeiten und Handlungsmöglichkeiten aktivieren, erschließen und entfalten (vgl. Sting et al. 2000, S. 10).

Die Ottawa Charta orientiert sich primär am salutogenetischen Modell. Gesundheit und Krankheit werden nicht mehr als ausschließlich individuelle Angelegenheiten, sondern insbesondere in ihrer Verflochtenheit mit gesellschaftlichen Rahmenbedingungen verstanden (vgl. Ortmann/Waller 2005, S. 11).

> *„Gesundheitsförderung ist ein komplexer sozialer und gesundheitspolitischer Ansatz, der ausdrücklich sowohl die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensweisen als auch die Verbesserung von gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen umfasst. Gesundheitsförderung will nicht nur individuelle Lebens- und Handlungsfähigkeiten beeinflussen und Menschen zur Verbesserung ihrer Gesundheit befähigen. Sie zielt darüber hinaus auf ökonomische, soziale, ökologische und kulturelle Faktoren und auf die politische Intervention zur Beeinflussung dieser gesundheitsrelevanten Faktoren“* (Hurrelmann et al. 2013, S. 149).

Die Ottawa Charta nennt fünf wesentliche Strategien für die Gesundheitsförderung (vgl. Ottawa Charta 1986, o.S.):

1. Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
2. Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten
3. Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen
4. Entwicklung persönlicher Kompetenzen
5. Neuorientierung der Gesundheitsdienste

Gesundheitsförderung kann als *Verhältnisprävention* verstanden werden, indem ihre Strategien nicht direkt auf das individuelle Gesundheitsverhalten, sondern vorrangig auf die Veränderung sozialer Faktoren, wie Wohn-, Arbeitsbedingungen, persönliche Netzwerke und soziale Integration abzielen (vgl. Hurrelmann et al. 2013, S. 153).

Im Fokus der Gesundheitsförderung steht die Stärkung von Schutzfaktoren, die in vier Gruppen eingeteilt werden (vgl. Hurrelmann et al. 2010, S. 16):

1. Wirtschaftliche und soziale Faktoren, welche sich vor allem in einer guten sozio-ökonomischen Lage und guten Arbeitsbedingungen zeigen

2. Umweltfaktoren, wie beispielsweise gute Wasser- und Luftqualität, gute Wohnverhältnisse und förderliche soziale Beziehungen

3. Verhaltensbezogene und psychische Faktoren, wie ausreichende Bewegung, gesunde Ernährung, moderater Umgang mit legalen und illegalen Suchmitteln, Selbstwirksamkeit, Optimismus, Eigenverantwortung, Kontrollüberzeugung

4. Zugang zu Leistungen, vor allem zu Einrichtungen im Bildungs- und Sozialbereich, zu Freizeit- und Transportmöglichkeiten und zu Einrichtungen des Gesundheitssystems

4 GESUNDHEITLICHE UNGLEICHHEIT

Gesundheit wird in modernen Gesellschaften zunehmend als "Eigenleistung" angesehen. Die Soziologie verweist jedoch darauf, dass Morbiditäts- und Mortalitätsrisiken nicht ausschließlich auf individuelles Verhalten zurückzuführen sind, sondern auch von gesellschaftlichen Strukturen bestimmt werden (vgl. Hradil 2009, S. 35).

Werden die persönlichen Verhaltensweisen in den Vordergrund gestellt und die gesellschaftlichen Mechanismen außer Acht gelassen, kann es zu einer individuellen Schuldzuschreibung kommen („blaming the victim"). Viel aussagekräftiger im Hinblick auf die Erklärung von Gesundheit und Krankheit sind jedoch strukturelle Bedingungen, die in Wohn- und Arbeitsbedingungen, finanziellen Mitteln und unterschiedlichen Bildungs- und Berufschancen zum Ausdruck kommen (vgl. Richter et al. 2010, o.S.).

Von „gesundheitlicher Ungleichheit“ wird in der deutschsprachigen Literatur dann gesprochen, wenn sich Zusammenhänge zwischen dem Gesundheitszustand und dem sozialen Status feststellen lassen. Der englische Sprachraum differenziert zwischen „health inequalities“ und „health inequities“. Während der erste Begriff sämtliche sozialen Unterschiede im Hinblick auf den Gesundheitszustand beschreibt, umfasst der zweite alle Unterschiede, die als unfair oder ungerecht angesehen werden (vgl. Mielck/Helmert 2006, S. 603).

> *“Inequalities in health arise because of inequalities in society – in the conditions in which people are born, grow, live, work, and age”* (The Marmot Review 2010, S. 10).

Health inequalities stellen jedoch kein neues Phänomen dar. Historische Tatsachen belegen, dass sozio-ökonomische Unterschiede im Gesundheitszustand bereits im 19. Jahrhundert entdeckt wurden. Bis zu dieser Zeit wurden health inequalities mangels Information einfach nicht erkannt (vgl. Mackenbach 2006, S. 4).

Früher war die Gesundheitspolitik insbesondere daran interessiert, medizinische Versorgung bereitzustellen und zu finanzieren. Die sozialen Bestimmungsgrößen von Gesundheit wurden ausschließlich in wissenschaftlichen Kreisen diskutiert. Hier zeigt sich gegenwärtig eine Trendwende. Natürlich ist die medizinische Versorgung im Hinblick auf einige Krankheitsbilder von wesentlicher Bedeutung, indem sie den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen und die Lebenserwartung verlängern kann. Dennoch kann die Ursache gesundheitlicher Defizite von ganzen Bevölkerungen auf soziale und ökonomische Bedingungen zurückgeführt werden (vgl. WHO 2004, S. 7).

Beinahe alle wichtigen Gesundheitsprobleme und Hauptursachen frühzeitiger Sterblichkeit, wie cardiovasculäre Erkrankungen und Krebs, lassen sich häufiger bei Personen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status feststellen (vgl. Mackenbach 2006, S. 2).

Gesundheitliche Ungleichheit zeigt sich nicht nur in ärmeren Ländern. Auch in Ländern mit größerem Wohlstand sind Personen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status häufiger krank und sterben früher als jene mit hohem (vgl. Mielck 2010, S. 1).

Dabei sind jedoch nicht nur Menschen aus den untersten Schichten betroffen, deren Armut sichtbar ist, sondern gesundheitliche Ungleichheit zeigt sich in der allgemeinen sozialen Struktur einer Gesellschaft. Da der Zusammenhang grundsätzlich linear verläuft, wird auch von einem sozialen Gradienten gesprochen. Dies bedeutet, dass das Risiko von Morbidität und Mortalität stufenweise mit dem Hinabgehen auf der sozialen Hierarchie ansteigt (vgl. Richter et al. 2007, S. 4f.).

Gegenwärtig sehen sich alle europäischen Länder mit substantiellen gesundheitlichen Ungleichheiten konfrontiert. Auch wenn Daten für ein bestimmtes Land nicht verfügbar sind, kann mit Gewissheit von einem ähnlichen status quo ausgegangen werden (vgl. Mackenbach 2006, S. 4).

Mehrere Berichte aus Westeuropa verweisen zudem wiederholt darauf, dass sich die gesundheitlichen Ungleichheiten in den letzten Jahren nicht verringert, sondern vielmehr verstärkt haben. Dies trifft nach neuesten Studien auch für Deutschland zu (vgl. Mielck 2010, S. 1).

4.1 Erklärungsansätze und -modelle gesundheitlicher Ungleichheit

Zur Erforschung gesundheitlicher Ungleichheit wurden bis heute zahlreiche Studien durchgeführt. Dennoch gibt es bisher kein wissenschaftliches Modell, das theoretisch und empirisch überzeugt (vlg. Helmert/Schorb 2009, S. 133).

Erste Erklärungsansätze lieferte der von Townsend und Davidson (1992) herausgegebene Black Report. Die Anfang der 80er-Jahre in Großbritannien veröffentlichte Studie trug maßgeblich dazu bei, dass die Thematik gesundheitlicher

Ungleichheit in der Öffentlichkeit Aufmerksamkeit erregte und Einzug in Wissenschaft und Politik fand (vgl. Siegrist/Marmot 2008, S. 19f.).

Der Black-Report basiert auf drei zentralen Ansätzen, die auch heute noch die internationale Diskussion bestimmen und sich für die wissenschaftliche Arbeit als hilfreich erwiesen haben: die Selektionshypothese, der materielle Ansatz und der kulturell-verhaltensbezogene Ansatz (Richter/Hurrelmann 2009, S. 20f.).

Die Selektionshypothese geht davon aus, dass sich der Gesundheitszustand auf den sozio-ökonomischen Status auswirkt und differenziert zwischen zwei Varianten: 1) bei Personen mit schlechtem Gesundheitszustand ist die Gefahr eines sozialen Abstiegs eher zu erwarten, als bei jenen mit gutem. 2) Gesunde Personen können eher mit einem sozialen Aufstieg rechnen als kranke (vgl. Mielck 2005, S. 48). Einige wenige Studien konnten zeigen, dass kranke Personen eher mit einem sozialen Abstieg, als mit einem sozialen Aufstieg rechnen müssen, als gesunde. Dennoch wird das Ausmaß als zu gering angesehen, um gesundheitliche Ungleichheit hinreichend erklären zu können (vgl. Mackenbach 2006, S. 30).

Die beiden anderen Ansätze verweisen in umgekehrter Weise darauf, dass ein niedriger sozio-ökonomischen Status ein größeres Gesundheitsrisiko *verursacht* und werden demnach häufig als „Verursachungshypothese“ bezeichnet. Beide Erklärungsansätze betonen allerdings unterschiedliche Verursachungsmöglichkeiten (vgl. Richter et al. 2009, S. 21).

Der materielle Erklärungsansatz vertritt die Annahme, dass sich materielle Ressourcen, wie Einkommen und berufliche Position, die wiederum stark vom Bildungsstand geprägt sind, direkt im Gesundheitszustand widerspiegeln. Schlechte Wohnverhältnisse, ungesunde und billige Ernährung oder Arbeitsplätze als Gefahrenquelle mangels Sicherheitsmaßnahmen können dabei zur Herausbildung von Krankheiten beitragen. Diese Benachteiligungen sind nicht nur auf exponierte Personen begrenzt, sondern werden vielmehr über Generationen reproduziert (vgl. Siegrist et al. 2008, S. 21).

Von wesentlicher Bedeutung sind hier jedoch nicht einzelne materielle Faktoren, sondern das Zusammenwirken aller Einflüsse. Gute und unbelastete Wohnverhältnisse und -gebiete lassen den Schluss zu, dass auch die Arbeitsverhältnisse und die Einkommenshöhe überdurchschnittlich gut bemessen sind (vgl. Richter et al. 2007, S. 7).

Der kulturelle oder verhaltensbezogene Ansatz sieht Krankheitsrisiken in unterschiedlichen gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen begründet. Diese werden durch Einflüsse der Kultur und Prozesse der Sozialisation geformt. Auch hier wird deutlich, dass gesundheitsförderndes und -schädigendes Verhalten schichtspezifisch variiert. Schlechte Ernährung, Mangel an Bewegung, Alkohol- und Nikotinkonsum und Übergewicht zeigen sich häufiger bei Personen mit niedrigem sozio-ökonomischem Status, als bei statushöheren Personen (vgl. Siegrist et al. 2008, S. 21).

Die jüngere Forschung hat die bestehenden Erklärungsansätze erweitert und ergänzt. Der *psychosoziale Erklärungsansatz* geht in Anlehnung an die Stress-, Unterstützungs- und Bewältigungsforschung von psychologischen und psychosozialen Einflüssen aus (vgl. Richter et al. 2007, S. 7).

Zu nennen ist hier das job strain Modell (vgl. Karasek/Theorell 1990), das in hohen beruflichen Anforderungen einerseits und niedrigen Kontroll- und Einflussmöglichkeiten andererseits ein erhöhtes Krankheitsrisiko sieht. Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (vgl. Siegrist 1996) verweist auf eine unterschiedliche Gewichtung von Verausgabungen und Belohnungen. Das Modell der Sozialen Unterstützung bezieht sich auf Belastungserfahrungen, die außerhalb des Erwerbslebens auftreten können (vgl. Peter 2009, S. 119ff.).

Zahlreiche Studien konnten dabei belegen, dass Personen aus den unteren Statusgruppen mehr psychosoziale Belastungen und weniger Bewältigungsressourcen aufweisen (Richter et al. 2007, S. 7).

Auch Ungleichheiten in der gesundheitsbezogenen Versorgung wurden als Erklärung zur gesundheitlichen Ungleichheit herangezogen. Zahlreiche empirische Studien konnten jedoch belegen, dass Unterschiede im Hinblick auf die Inanspruchnahme kurativer und rehabilitativer Behandlungen nach sozialer Schicht zu gering ausfallen und deshalb nicht als Erklärung herangezogen werden können. Allerdings wird auf die Notwendigkeit präventiver schichtspezifischer Maßnahmen verwiesen, um gesundheitliche Ungleichheiten kompensieren zu können. Die präventive, kurative, ambulante und rehabilitative Versorgung bedarf einer umfassenden Reformierung, um zu einer Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten beitragen zu können (vgl. Janßen/Grosse Frie/Dinger/Schiffmann/Ommen 2009, S. 162).

Nach dem Erklärungsansatz der Lebenslaufperspektive tragen Kinder aus sozial und kulturell benachteiligten Familien ein höheres Risiko, bereits in frühen Jahren zu erkranken. Dadurch ergibt sich ein höheres Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko im Erwachsenenalter. Es wird jedoch betont, dass die meisten chronischen Erkrankungen eine lange Entstehungsgeschichte aufweisen und nicht auf einen einzelnen Risikofaktor, sondern auf verschiedene Risikofaktoren zurückzuführen sind. Dies bedeutet, dass auch weitere Lebensstationen gesundheitliche Risiken aufweisen. Für Kinder aus Elternhäusern mit niedrigem sozio-ökonomischen Status kann dies im schlechtesten Fall zu einer Ansammlung von Risiken führen („Kumulationsmodell“) (vgl. Dragano 2007, S. 23).

Ein beträchtlicher Vorteil dieses Ansatzes wird darin gesehen, dass er nicht mehr zwischen Selektions- und Verursachungsprozessen trennt, sondern auf die Dynamik und gemeinsame Entstehung von Gesundheit und sozialem Status verweist (vgl. Richter et al. 2009, S. 24).

Zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit ganzer Gesellschaften wurde der neo-materielle Ansatz entwickelt (vgl. Wilkinson 1996; Bartley 2004; Marmot/Wilkinson 2001; Wilkinson/Pickett 2006).

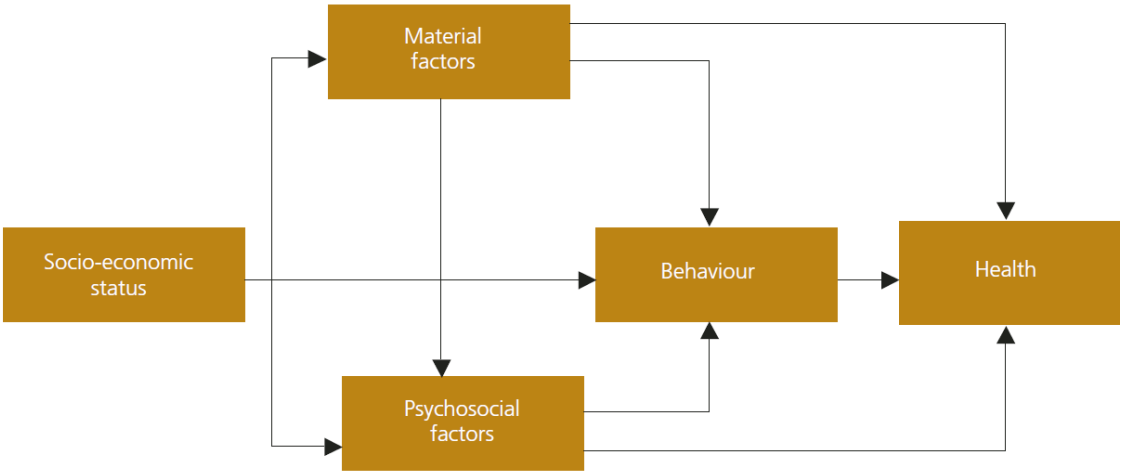
Der materielle, der verhaltensbezogene, der psychosoziale Erklärungsansatz und der Erklärungsansatz der Lebenslaufperspektive werden nach dem heutigen Stand der Forschung als Basis für die Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit auf individueller Ebene angesehen. Bisher ist es jedoch nicht gelungen, gesundheitliche Ungleichheiten im Erwachsenenalter in ihrer Gesamtheit zu erklären, da die einzelnen Ansätze lediglich zu einer teilweisen Erklärung beitragen. Den größten Erfolg verspricht dabei die Lebenslaufperspektive. Sie berücksichtigt die Exposition gegenüber materiellen, psychosozialen und verhaltensbezogenen Risikofaktoren über die Lebensspanne (Richter et al. 2009, S. 24).

Neben den dargestellten Erklärungsansätzen existieren bis heute zahlreiche weitere Ansätze und Modelle zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit (vgl. Angermeyer 1987; Siegrist 1989; Steinkamp 1993; Oppolzer 1994; Elkeles und Mielck 1997; Geyer 1997; Mackenbach 2006).

Auch wenn bis heute kein zusammenfassendes theoretisches Modell entwickelt wurde, gab es doch mehrere Versuche, die vielschichtigen Wechselbeziehungen zwischen den Ansätzen in ihrer Gesamtheit zu erfassen und in ein gemeinsames theoretisches Modell zu integrieren (vgl. Mielck 2005, S. 52).

Dies soll exemplarisch an dem Modell von John Mackenbach (2006) (Abb. 1) dargestellt werden.

Abbildung 1: Simply explanatory diagram: factors which have been shown to „mediate“ between low socio-economic position and risk of ill-health



Quelle: Mackenbach 2006, S. 32

Das Modell basiert auf der Annahme, dass nicht Selektionsprozesse, sondern Verursachungsmechanismen die Haupterklärung gesundheitlicher Ungleichheit sind. Der sozio-ökonomische Status beeinflusst die Gesundheit indirekt über drei Gruppen von spezifischen Gesundheitsdeterminanten (materielle, psychosoziale und verhaltensbezogene Faktoren), die unterschiedlich über die sozio-ökonomischen Gruppen verteilt sind. Viele Risikofaktoren für Morbidität und Mortalität sind dabei vorwiegend in den niedrigeren sozio-ökonomischen Schichten anzutreffen. Diese sozialen Unterschiede in der Exposition gegenüber diesen spezifischen Determinanten werden als wichtigste Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit angesehen (vgl. Mackenbach 2006, S. 31).

Mackenbach betont, dass die drei Gruppen miteinander verflochten sind: beispielsweise könnte die Häufigkeit von finanziellen Nachteilen in niedrigeren sozio-ökonomischen Gruppen eine Teilerklärung für das häufigere Vorkommen von psychosozialem Stress oder Bewegungsmangel liefern. Umfangreiche Daten sind in Europa lediglich über

verhaltensbezogene Determinanten vorhanden. Dennoch darf die Bedeutung materieller und psychosozialer Faktoren nicht außer Acht gelassen werden (ebd., S. 32).

4.2 Soziale Determinanten gesundheitlicher Ungleichheit

Die sozialwissenschaftliche Forschung sieht den überwiegenden Anteil der gegenwärtig dominierenden Krankheiten in einer mangelnden Angleichung zwischen internen (physischen und psychischen Ressourcen) und externen Anforderungen begründet. Gelingt es nicht, zwischen diesen Bereichen eine Balance herzustellen, können Kinder und Jugendliche Störungen entwickeln, die beispielsweise Übergewicht und Stimmungsschwankungen nach sich ziehen. Die Folge davon sind chronische Krankheiten (z.B. Diabetes und psychische Erkrankungen), die selbst in späteren Jahren andauern können (vgl. Hurrelmann et al. 2013, S. 23).

Die Weltgesundheitsorganisation hat nach neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen zehn zentrale Determinanten identifiziert, welche nachweislich Einfluss auf die Gesundheit eines Menschen zur Folge haben (vgl. WHO 2004):

- Soziales Gefälle
- Stress
- Frühe Kindheit
- Soziale Ausgrenzung
- Arbeit
- Arbeitslosigkeit
- Soziale Unterstützung
- Sucht
- Lebensmittel
- Verkehr

Im Folgenden werden ausgewählte soziale Determinanten herangezogen, um gesundheitliche Ungleichheiten darzustellen und zu erläutern. Die verwendeten

empirischen Studien beziehen sich dabei vorwiegend auf Deutschland, Österreich und den europäischen Raum.

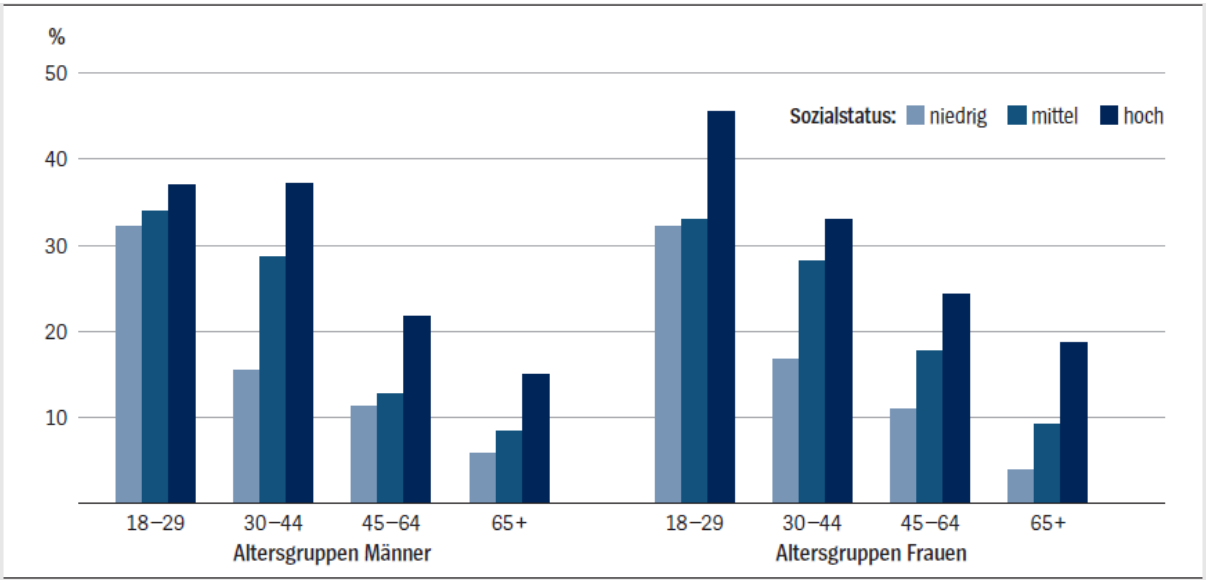
4.2.1 Soziales Gefälle

Unzählige Studien konnten einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem sozialen Status von Personen und ihrem Gesundheitszustand nachweisen. Demnach sind Personen mit niedriger Bildung, beruflicher Position und/oder niedrigem Einkommen häufiger krank und sterben früher, als Personen aus den höheren Statusgruppen (vg. Mielck et al. 2006, S. 603):

> *„Je weiter unten auf der sozialen Rangskala einer Gesellschaft sich jemand befindet, desto kürzer seine Lebenserwartung und desto größer seine Anfälligkeit für Krankheiten“* (WHO 2004, S. 10).

Abbildung 2 zeigt, dass der allgemeine Gesundheitszustand vom sozialen Status abhängt:

Abbildung 2: Anteil der Männer und Frauen mit sehr gutem allgemeinem Gesundheitszustand nach sozialem Status



Quelle: Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (Lampert 2005) zit. n. Lampert et al. 2008, S. 8

Weisen Personen einen niedrigen sozialen Status auf, stufen sie ihre Gesundheit seltener als sehr gut ein, als jene mit mittlerem und vor allem jene mit hohem sozialen Status. Bei Frauen betrifft dies alle beobachteten Altersgruppen, bei Männern kommt dies spätestens ab dem 30. Lebensjahr zum tragen (vgl. Lampert et al. 2008, S. 9).

Die Ergebnisse spiegeln sich in der Krankheitshäufigkeit nach sozialer Schicht wider (Tab. 1):

Tabelle 1: Prävalenzraten ausgewählter Krankheiten und soziale Schicht, Bundes-Gesundheitssurvey 1998, 18- bis 79jährige

	Deutschland			West			Ost		
	Unter-schicht	Mittel-schicht	Ober-schicht	Unter-schicht	Mittel-schicht	Ober-schicht	Unter-schicht	Mittel-schicht	Ober-schicht
Männer									
Zuckerkrankheit ohne Insulinbehandlung	5,6%	3,5%	2,5%	4,7%	3,4%	2,1%	9,2%	3,9%	4,1%
chronische Bronchitis	9,1%	6,5%	4,6%	9,8%	7,5%	5,1%	6,3%	,8%	2,2%
Magen- oder Zwölffinger-darmgeschwür	11,6%	9,9%	6,2%	12,4%	9,9%	5,1%	8,5%	9,6%	11,0%
Schilddrüsenkrankheit	5,7%	6,6%	8,2%	6,3%	7,3%	7,4%	3,2%	4,0%	11,9%
Heuschnupfen	11,7%	13,9%	18,5%	13,4%	14,8%	19,6%	5,5%	10,7%	13,7%
Frauen									
Zuckerkrankheit ohne Insulinbehandlung	8,5%	3,4%	1,6%	8,3%	3,0%	1,4%	9,1%	4,6%	2,5%
chronische Bronchitis	7,8%	5,9%	3,4%	8,1%	6,3%	3,1%	6,7%	4,1%	4,9%
Magen- oder Zwölffinger-darmgeschwür	8,7%	6,2%	4,9%	10,0%	6,6%	4,8%	4,1%	4,9%	5,8%
Schilddrüsenkrankheit	24,4%	26,0%	24,2%	25,3%	26,8%	23,5%	21,2%	23,0%	27,6%
Heuschnupfen	10,7%	18,3%	20,3%	11,3%	19,5%	22,2%	8,5%	13,6%	10,2%

Prävalenzraten nach Gewichtung mit w98

Quelle: Knopf/Ellert/Melchert 1999, S. 174

Während bei Männern und Frauen aus der Unterschicht 5,6 % bzw. 8,5 % eine Zuckerkrankheit ohne Insulinbehandlung aufweisen, sind dies bei Männern aus der Oberschicht lediglich 2,5 % und bei Frauen 1,6 %. Angehörige der Unterschicht leiden ebenso deutlich häufiger an chronischer Bronchitis, als jene aus der Oberschicht. Im Hinblick auf Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwüre sind die Prävalenzraten der Unterschichtangehörigen fast doppelt so hoch als bei Oberschichtangehörigen. Dagegen zeigen sich bei Erkrankungen der Schilddrüse und bei Heuschnupfen andere Ergebnisse. Männer aus der Unterschicht leiden mit 5,7 % seltener an einer Schilddrüsenkrankheit als Männer aus der Oberschicht mit 8,2 %. Keine nennenswerten Unterschiede sind bei den Frauen mit jeweils rund 24 % zu verzeichnen. Besonders gravierende Abweichungen zeigen sich im Hinblick auf Heuschnupfen: während 11,7 % der Männer und 10,7 % der Frauen aus der Unterschicht an Heuschnupfen erkranken, sind dies bei Männern aus der Oberschicht 18,5 % und bei Frauen sogar 20,3 % (ebd., S. 174).

Die Ergebnisse des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 verweisen ebenso auf schichtspezifische Unterschiede bei chronischen Krankheitsbildern und Beschwerden.

Demnach leiden Männer aus der Oberschicht seltener an chronischer Bronchitis, Rückenschmerzen und Schlaganfällen als jene aus der Unterschicht. Frauen aus der Unterschicht sind zudem häufiger von Diabetes mellitus und Herzinfarkten betroffen. Schichtspezifische Unterschiede zeigen sich jedoch nicht nur im physischen, sondern auch im psychischen Bereich. Männer und Frauen aus den unteren Schichten leiden häufiger an einer Depression, als jene aus den oberen Schichten (vgl. RKI 2006, S. 85).

Neben Geschlechtszugehörigkeit, Alter und Genetik zählen der Konsum von Tabak, sportliche Inaktivität, Bluthochdruck und ein erhöhter Cholesterinspiegel zu den klassischen Determinanten, die zur Entstehung von Herz- und Gefäßkrankheiten führen (Tab. 2) (vgl. Knopf et al. 1999, S. 171):

Tabelle 2: Prävalenzraten von Riskiofaktoren und soziale Schicht, Bundesgesundheitssurvey 1998, 18- bis 79jährige

	Deutschland			West			Ost		
	Unter-schicht	Mittel-schicht	Ober-schicht	Unter-schicht	Mittel-schicht	Ober-schicht	Unter-schicht	Mittel-schicht	Ober-schicht
Männer									
Rauchen	47,4%	37,8%	29,0%	46,7%	35,9%	28,9%	48,7%	41,4%	29,4%
starkes Übergewicht	22,3%	18,9%	16,2%	22,4%	18,3%	15,6%	21,8%	21,4%	18,7%
Hypercholesterinämie	33,1%	30,9%	35,7%	32,5%	29,5%	34,8%	35,3%	36,4%	39,6%
sportlich inaktiv	67,9%	61,4%	51,9%	67,9%	59,5%	49,2%	68,2%	68,4%	63,8%
Hypertonie (Meßwert)	22,1%	24,8%	25,6%	21,7%	23,8%	23,6%	23,5%	28,6%	34,2%
Frauen									
Rauchen	30,1%	29,5%	25,0%	30,5%	29,1%	25,8%	29,3%	30,1%	23,1%
starkes Übergewicht	31,4%	20,3%	9,9%	31,6%	19,5%	9,8%	31,0%	23,7%	10,6%
Hypercholesterinämie	39,9%	33,0%	32,5%	38,6%	33,6%	32,5%	44,6%	30,7%	32,4%
sportlich inaktiv	78,5%	62,5%	51,4%	77,9%	60,6%	50,5%	80,4%	69,8%	56,2%
Hypertonie (Meßwert)	26,8%	20,2%	16,8%	25,2%	20,0%	17,0%	32,6%	20,8%	15,6%

Prävalenzraten nach Gewichtung mit w98

Quelle: Knopf et al. 1999, S. 172

Während aus der Oberschicht 29% der Männer und 25 % der Frauen rauchen, sind dies in der Unterschicht 47,4 % der Männer und 30,1 % der Frauen. Im Hinblick auf starkes Übergewicht zeigen sich bei den Frauen aus der Unterschicht mit 31,4 % im Vergleich zu jenen aus der Oberschicht mit 9,9 % gravierende Abweichungen. Weniger deutlich sind die Unterschiede bei den Männern (Unterschicht: 22,3 %, Oberschicht: 16,2 %) (ebd., S. 171).

Lampert/Mielck (2008) verweisen darauf, dass verhaltensbezogene Risikofaktoren mit dem Bildungsstand einer Person zusammenhängen. Die Daten des telefonischen Gesundheitssurveys 2003 zeigen in diesem Zusammenhang, dass Personen mit Abitur deutlich seltener rauchen, an Übergewicht leiden und sportlich inaktiv sind, als Personen, die lediglich über einen Hauptschulabschluss verfügen. Da sich ähnliche Unterschiede zwischen Personen mit mittlerer Reife und Abiturienten zeigen, können verhaltensbezogene Risikofaktoren auf einen Bildungsgradienten zurückgeführt werden (vgl. Lampert et al. 2008, S. 10).

Der Bildungsstatus spielt auch bei der regelmäßigen Anwendung von Arzneimitteln eine Rolle. Die Inanspruchnahme ist zum einen auf die Beschwerden zurückzuführen, die von einer Krankheit ausgehen und zum anderen auf ein laienhaftes Verständnis über Krankheiten und ihre Konsequenzen. Personen mit Hauptschulabschluss greifen demnach, gemäß der höheren Krankheitsprävalenz, eindeutig öfter zu therapeutischen Arzneimitteln als Abiturienten. Präventive Arzneimittel, wie Vitaminpräparate, werden hingegen von Personen mit höherem Bildungsstatus häufiger in Anspruch genommen (vgl. Knopf et al. 1999, S. 176).

Im Hinblick auf das Impfverhalten zeigt sich, dass Personen mit Hauptschulabschluss seltener bereit sind, sich impfen zu lassen, als Personen mit höherem Schulabschluss, wobei die Unterschiede bei den Frauen eine etwas stärkere Ausprägung zeigen, als bei den Männern. Auch bei der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen zeigt sich ein Bildungseffekt: je höher der Schulabschluss, desto eher gehen Personen zur Mammographie, zum Krebsabstrich oder zur Gesundenuntersuchung (vgl. Statistik Austria 2008, S. 8).

Der Gesundheitszustand wird jedoch auch von problematischen sozialen und ökonomischen Lebensumständen geprägt. Zum einen sind es materielle Ursachen, die sich auf die meisten Krankheiten und Todesfälle auswirken, zum anderen tragen psychosoziale Ursachen dazu bei (vgl. WHO 2004, S. 10).

Lampert/Kroll/Dunkelberg (2007) kommen zu dem Ergebnis, dass das Einkommen einen entscheidenden Einfluss auf ein langes und gesundes Leben ausübt. Je niedriger das Einkommen von Personen, desto eher besteht das Risiko zu erkranken und früher zu sterben. Männer sind davon noch etwas häufiger betroffen als Frauen (vgl. Lampert et al. 2007, S. 16).

Das Einkommen entscheidet über die Zugangsmöglichkeiten zu den meisten Gütern. Es kann daher als maßgebliche Bedingung im Hinblick auf die Befriedigung existentieller Bedürfnisse angesehen werden. Überdies bildet das Einkommen eine bedeutsame Basis für die Bildung von Vermögen, den Erwerb von Besitz und die Absicherung im sozialen Bereich. Einkommensnachteile wirken sich häufig auf viele Lebensbereiche aus, wie beispielsweise auf die Wohnverhältnisse, die kulturelle Partizipation und die soziale Integration (vgl. RKI 2005, S. 21).

Der Armuts- und Ausgrenzungsbericht der Statistik Austria für das Jahr 2012 zeigt folgende Daten: 18,5 % der Österreicher und Österreicherinnen sind armutsgefährdet oder ausgrenzungsgefährdet. Einem besonderem Risiko sind dabei Einpersonenhaushalte ausgesetzt (Frauen: 29 %, Männer 23 %). Allein erziehende Mütter weisen mit 30 % die höchste Risikoquote auf, Mehrpersonenhaushalte (mindestens 3 Kinder) folgen mit 25 % (vgl. Statisik Austria 2014, o.S.).

In Zusammenarbeit mit Experten und Betroffenen wurde eine Liste von Merkmalen ermittelt, die von der Bevölkerung mehrheitlich als zwingend notwendig für den Mindestlebensstandard bezeichnet wurde. Tabelle 3 gibt einen Überblick über finanziell deprivierte Lebenslagen. Finanzielle Deprivation ist dann gegeben, wenn sich Personen mindestens zwei der angegebenen Merkmale nicht leisten können (Statistik Austria 2009, S. 47f.).

Tabelle 3: Merkmale finanzieller Deprivation

Financial deprivation

	Gesamt		nicht armutsgefährdet		armutsgefährdet	
	in 1.000	in %	in 1.000	in %	in 1.000	in %
Finanziell depriviert (mit mind. 2 Benachteiligungen)[1)]	1.234	15	836	12	398	40
Haushalt kann sich nicht leisten...						
unerwartete Ausgaben zu tätigen	2.353	29	1.707	24	647	65
Freunde zum Essen einzuladen	829	10	581	8	248	25
jeden 2. Tag Fleisch, Fisch oder eine vegetarische Speise	685	8	446	6	239	24
neue Kleider zu kaufen	568	7	353	5	215	22
Zahlungen rechtzeitig zu begleichen	328	4	233	3	95	10
die Wohnung angemessen warm zu halten	214	3	125	2	89	9
notwendigen Arztbesuch	199	2	142	2	58	6

Q: STATISTIK AUSTRIA, EU-SILC 2007.
1) Können sich 2 der angeführten Merkmale nicht leisten.

Quelle: Statistik Austria 2009, S. 48

Die Ergebnisse belegen, dass sich 15 % der österreichischen Bevölkerung zwei oder mehr der genannten Merkmale nicht leisten können. Für 29 % sind unerwartete Ausgaben nicht finanzierbar. 8 % können sich mangels finanzieller Mittel nicht gesund ernähren und 10 % sind nicht in der Lage, einmal monatlich Freunde zum Essen einzuladen. Probleme zeigen sich überdies beim Kauf neuer Kleidung (7%), beim Heizen der Wohnung (3%) und bei anstehenden Zahlungen (4 %). 2 % der Bevölkerung kann sich gegebenenfalls keinen Arztbesuch leisten. Finanziell deprivierte Personen können somit an wesentlichen gesellschaftlichen Bereichen nicht teilhaben (ebd., S. 47f.).

4.2.2 Frühe Kindheit

Zahlreiche Studien konnten belegen, dass die frühe Kindheit und die Zeit vor der Geburt als Basis für die Gesundheit von Erwachsenen angesehen werden kann. Langsames Wachstum und eine gefühlskalte Umgebung wirken sich negativ auf die gesamte Entwicklung von Kindern aus. Fehlentwicklungen auf körperlicher, kognitiver und emotionaler Ebene beeinflussen die Gesundheit im weiteren Lebensverlauf (vgl. WHO 2004, S. 15).

Vor allem in den ersten drei Lebensjahren entwickeln Kinder grundlegende Einstellungen, Gewohnheiten und gesundheitsförderliche bzw. -schädliche Verhaltensweisen. Diese sind in späteren Jahren kaum mehr veränderbar (vgl. Knapp/Salzmann 2009, S. 470).

Verhaltensmuster, die in jungen Jahren gelernt werden, wie Ernährung, Bewegung und der Konsum von Alkohol und Tabak, sind für die Entstehung zahlreicher Krankheiten verantwortlich, die sich erst in späteren Jahren zeigen (vgl. Pharmig 2012, S. 64).

In der Wissenschaft herrscht Einigkeit darüber, dass bereits im frühen Alter mit der Entwicklung eines gesunden Ernährungsverhaltens begonnen werden sollte. Dabei spielen sowohl die Familie als auch Bildungseinrichtungen und hier insbesondere vorschulische Institutionen eine zentrale Rolle (vgl. Knapp et al. 2009, S. 482).

Für Österreich liegen hierzu folgende Daten vor:

Lediglich 42,4 % der SchülerInnen im Alter von 11 bis 17 Jahren essen täglich Obst und Gemüse. Der Verzehr von Obst und Gemüse nimmt in späteren Jahren ab, wobei seit 2006 insgesamt ein Anstieg zu verzeichnen ist. 39 % greifen täglich zu Süßigkeiten und/oder süßen Getränken. Hier ist ein starker kontinuierlicher Anstieg seit 2002 zu verzeichnen (vgl. Pharmig 2012, S. 64).

Im Hinblick auf das Bewegungsverhalten zeigt sich, dass die SchülerInnen an Schultagen 5 Stunden und an schulfreien Tagen 7 Stunden ihrer Freizeit sitzend verbringen (z. B. vor dem PC oder Fernseher). 4,1 Tage wöchentlich sind die SchülerInnen 60 Minuten lang in einem moderatem Ausmaß körperlich aktiv. Nur ein Fünftel der Burschen und Mädchen kommt an die Bewegungsempfehlungen heran (60 Minuten täglich, mittleres bis hohes Ausmaß). Zudem leiden 12,3 % der SchülerInnen an Übergewicht und 2,8 % an Adipositas (ebd., S. 65).

Beim Rauchverhalten zeigt sich bei den Burschen seit 1994 und bei den Mädchen seit 1998 ein kontinuierlicher Rückgang. Dennoch rauchen 25,4 % der SchülerInnen

zwischen 11 und 17 Jahren. 20 % der 15-Jährigen geben an, täglich zu rauchen. Bei den 17-Jährigen rauchen 32,6 % täglich. Damit liegt Österreich im europäischen Vergleich im Spitzenfeld (vgl. Pharmig 2012, S. 66).

Schließlich geben 25,1 % der Burschen und Mädchen zwischen 11 und 17 Jahren an, mindestens einmal wöchentlich Alkohol zu trinken. Bei den 17-Jährigen trinken 60,4 % mindestens einmal wöchentlich und 10 % täglich Alkohol. Auch beim Konsum von Alkohol ist ein Rückgang zu verzeichnen (Burschen seit 1994, Mädchen seit 2002) (ebd., S. 66).

Gesundheitliche Ungleichheit kann jedoch nicht ausschließlich auf verhaltensbezogene Risikofaktoren zurückgeführt werden, sondern ist immer auch vor dem Hintergrund struktureller Rahmenbedingungen zu sehen.

In der Wissenschaft herrscht Übereinstimmung darüber, dass viele Kinder erschwerende Bedingungen im Zuge ihres Aufwachsens vorfinden. Davon sind insbesondere Kinder betroffen, deren Eltern sozial benachteiligt und/oder arm sind. Für diese Kinder ist das Risiko zu erkranken in den meisten Fällen höher, als für jene, die günstige soziale Bedingungen vorfinden. Bereits im Vorschulalter können sich Defizite zeigen, die sich gelegentlich ungünstig auf die Schullaufbahn auswirken. Schulische Probleme stellen für Kinder andererseits Belastungen dar, die sich negativ auf ihre Gesundheit auswirken (Knapp et al. 2009, S. 468).

Soziale Benachteiligungen, wie ein Mangel an Ressourcen im materiellen und symbolischen Bereich, wirken sich auf die kindliche Entwicklung hemmend aus (vgl. Müller 2009, S. 179).

Kinder und Jugendliche, die in Armutsverhältnissen aufwachsen, sind in vielfältiger Weise benachteiligt. Armutsbedingungen können sich ungünstig auf die Eltern-Kind-Beziehung, das familiäre Zusammenleben, die Erziehungsziele und das erzieherische Verhalten auswirken. Meist führt ein Mangel an Kommunikation dazu, dass Konflikte und Alltagsprobleme nicht konstruktiv gelöst werden. Dies kann bei Kindern und Jugendlichen ein Gefühl der Hilflosigkeit auslösen, da sie sich ohne hinreichende

Mitsprache nicht in der Lage sehen, an ihren bestehenden Lebensverhältnissen etwas zu verändern (vgl. Knapp/Köffler 2009, S. 196f.).

Menschen und insbesondere Kinder, die von Armut betroffen sind, tragen auch ein deutlich höheres Risiko zu erkranken. Eine ungesunde Ernährung beispielsweise wirkt sich ungünstig auf die Zahngesundheit aus und führt zu einer mangelnden oder ungenügenden Sprachentwicklung. Menschen in Armut konsultieren seltener oder nicht rechtzeitig einen Arzt und vererben dieses Verhalten an ihre Kinder. Vielfach zeigt sich bei armen Jugendlichen aufgrund einer fehlenden Perspektive auch eine höhere Bereitschaft zu gewalttätigem Verhalten (vgl. Müller 2009, S. 183).

15 % der österreichischen Kinder und (Anm.d.Verf.: von den Eltern) abhängigen Jugendlichen bis 27 sind armutsgefährdet. Bei abhängigen Jugendlichen ist die Armutsgefährdungsquote mit 13 % ein wenig niedriger, als bei Kindern unter 16 (15 %), da Jugendliche insbesondere dann weiter bei den Eltern wohnen, wenn sie einer weiterbildenden Maßnahme nachgehen. Dies kommt eher bei besser situierten Familien vor. Insgesamt haben nahezu 15 % der Kinder und Jugendlichen bis 27 zumindest einen Elternteil, der über keine EU/EFTA Staatsbürgerschaft verfügt. Fast ein Drittel dieser Kinder ist armutsgefährdet (vgl. Statistik Austria 2009, S. 63).

Kinder und Jugendliche, die in Armut leben, müssen sich auch bei lebensnotwendigen Dingen, wie Ernährung, Bekleidung, Heizen und Arztbesuche einschränken. Sie leben in beengten Verhältnissen, verfügen höchstwahrscheinlich über keinen eigenen Raum und haben einen erschwerten Zugang zu modernen Medien, wie PC oder Internet (ebd., S. 64f.).

Auch im Bildungsbereich zeigen sich für diese Kinder und Jugendlichen erhebliche Benachteiligungen (Abbildung 3):

Abbildung 3: Schulbesuch von Kindern zwischen 10 und 14 Jahren nach Armutsgefährdung ihrer Haushalte

School attendance of children aged 10 to 14 years by risk-of-poverty of their households

	Kinder 10-14 Jahre				
	Gesamt in 1.000	Hauptschule		AHS	
		in 1.000	in %	in 1.000	in %
Kinder insgesamt	**364**	**220**	**61**	**143**	**39**
nicht armutsgefährdet	313	185	59	129	41
armutsgefährdet	50	36	71	14	29

Q: STATISTIK AUSTRIA, EU-SILC 2007.
Personen zwischen 10 und 14 Jahren. Sonderschule wird auf Grund geringer Fallzahlen zur Hauptschule gerechnet.

Quelle: Statistik Austria 2009, S. 65

Während 71 % der armutsgefährdeten Kinder die Hauptschule besuchen, sind dies bei den nicht armutsgefährdeten mit 59 % deutlich weniger. Ein Gymnasium besuchen 41 % der nicht armutsgefährdeten Kinder, jedoch lediglich 29 % der armutsgefährdeten (vgl. Statistik Austria 2009, S. 65f.).

Geht man einen Schritt weiter, wird deutlich, dass in dieser Hinsicht auch der sozio-ökonomische Status der Eltern eine große Rolle spielt. Die erste PISA-Studie im Jahr 2000 zeigt folgende Ergebnisse: 50 % der 15-jährigen aus der sogenannten oberen Dienstklasse besuchen in Deutschland das Gymnasium und nur ca. 10 Prozent die Hauptschule. Demgegenüber sind nur etwas mehr als 10 Prozent der Jugendlichen aus Arbeiterfamilien am Gymnasium anzutreffen, jedoch gut 40 Prozent auf der Hauptschule (vgl. Baumert 2003, S. 19).

Deutliche Benachteiligungen zeigen sich ebenso für Kinder aus zugewanderten Familien: während nur knapp 15 Prozent dieser Kinder das Gymnasium besuchen, sind dies bei Kindern, deren Eltern beide in Deutschland geboren sind, mehr als 30 Prozent. Die Hauptschule besuchen hingegen fast 50 Prozent der Kinder, deren Eltern im Ausland geboren sind, und nur ca. 25 Prozent von den Kindern mit in Deutschland geborenen Eltern (ebd., S. 21):

„Soziale Benachteiligung bleibt auch auf Armutsverhältnisse bezogen, aber damit nicht nur auf eine Form materieller Armut, sondern auch auf das Fehlen weiterer entwicklungsnotwendiger Ressourcen wie Interaktion, Kommunikation und Anregungspotenzialen zur Aneignung von Lebenswelt“ (vgl. Müller 2009, S. 180).

Die groß angelegte Studie Health-Behavior in School-aged Children (HBSC) untersuchte unter der Präsidentschaft der Weltgesundheitsorganisation das subjektive gesundheitliche Befinden und das Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen im Alter von 11, 13, 15 und 17 Jahren (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2011, S. 1).

Die Ergebnisse zeigen, dass die psychosoziale Familiensituation einen wesentlichen Einfluss auf das subjektive Gesundheitsempfinden der SchülerInnen hat. Mädchen und Burschen schätzen ihre subjektive Gesundheit deutlich öfter als ausgezeichnet ein, wenn sie ein hohes Ausmaß an empathischer Zuwendung seitens der Eltern oder eine gute Kommunikation mit dem Vater haben. Ähnlich verhält es sich, wenn die Kommunikation mit der Mutter leicht fällt, auch wenn der Effekt weniger stark ausfällt. Eine emotionale Unterstützung und ein gutes Gesprächsklima führen überdies zu einer geringeren Beschwerdelast der SchülerInnen. Die Qualität der empathischen Zuwendung, der Kommunikation und des Gesprächsklimas hat schließlich einen starken Effekt auf das Einschätzen der Lebenszufriedenheit der Kinder und Jugendlichen (ebd., S. 62ff.).

Schließlich soll nicht unerwähnt bleiben, dass sich eine gewaltbelastete Erziehung negativ auf die Entwicklung von Kindern auswirkt. Organische Folgen zeigen sich dabei sowohl im psychosomatischen Bereich als auch in einem gestörten Ess- und Schlafverhalten. Neben Bettnässen und Einkoten konnten auch Störungen im kognitiv-emotionalen Bereich festgestellt werden. Kinder und Jugendliche, die unter Gewalt leiden, weisen insgesamt vermehrt psychische und/oder verhaltensbezogene Störungen auf (vgl. Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend 2011, S. 23).

Im psychischen Bereich konnten Aufmerksamkeits- und Konzentrationsdefizite, Schwierigkeiten in der Schule und Probleme im Sozialverhalten nachgewiesen werden (ebd., S. 23f.).

4.2.3 Soziale Unterstützung

Soziale Unterstützung

> *„umfasst das Erwarten und Erhalten von sozialen Leistungen der Hilfe und Unterstützung, die Menschen zur Bewältigung von herausfordernden und belastenden Situationen benötigen“* (Franzkowiak 2010c, o.S.)

Soziale Unterstützung kann als wesentlicher Schutzfaktor für ein gesundes Leben angesehen werden. Das Eingebundensein in ein soziales Netzwerk vermittelt ein Gefühl von Liebe, Achtung, Wertschätzung und Sorge. Positive zwischenmenschliche Beziehungen geben Menschen die nötige emotionale und praktische Unterstützung und können gesundheitsförderliche Verhaltensweisen begünstigen (vgl. WHO 2004, S. 27):

> *„Soziale Unterstützung als zentrale Funktion sozialer Netzwerke kann dazu beitragen, Gesundheit zu erhalten und Krankheit zu vermeiden. Sie kann sich vor allem in Notlagen positiv auf die psychische Gesundheit auswirken. Sie kann dann als Puffer zwischen externen Anforderungen und individuellen Kompetenzen fungieren und wie ein ‘soziales Immunsystem’ die Art und Weise positiv beeinflussen, wie Menschen Belastungen bewältigen“* (Magazin für Gesundheitsförderung und Prävention 2013, S. 21).

Soziale Unterstützung trägt dazu bei, dass sich Menschen rascher von einer Erkrankung erholen, d. h., sie zeichnet sich auch durch einen kurativen Aspekt aus. Dabei geht es weniger um die Quantität der Beziehungen, sondern um deren Qualität (ebd., S. 20).

Tabelle 4 zeigt das Ausmaß sozialer Unterstützung in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Bildung:

Tabelle 4: Häufigkeitsverteilung

Frauen	Geringe soziale Unterstützung		Mittlere soziale Unterstützung		Starke soziale Unterstützung	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Gesamt (Frauen und Männer)	15,6	(14,9–16,3)	49,0	(48,1–49,8)	35,4	(34,6–36,3)
Frauen gesamt	16,2	(15,2–17,1)	48,4	(47,2–49,5)	35,5	(34,4–36,6)
18–29 Jahre	8,6	(7,2–10,3)	48,9	(46,3–51,4)	42,5	(40,0–45,0)
Untere Bildungsgruppe	9,2	(6,4–13,1)	48,6	(43,4–53,8)	42,2	(37,3–47,4)
Mittlere Bildungsgruppe	8,9	(7,2–11,0)	49,8	(46,6–53,0)	41,3	(38,2–44,4)
Obere Bildungsgruppe	5,6	(3,3–9,2)	44,5	(38,8–50,3)	49,9	(44,1–55,7)
30–44 Jahre	13,9	(12,4–15,5)	48,5	(46,5–50,5)	37,6	(35,7–39,6)
Untere Bildungsgruppe	30,8	(23,5–39,1)	49,3	(40,8–57,7)	20,0	(14,0–27,6)
Mittlere Bildungsgruppe	12,4	(10,7–14,2)	49,1	(46,5–51,7)	38,5	(36,1–41,1)
Obere Bildungsgruppe	9,3	(7,8–11,1)	46,6	(43,8–49,4)	44,1	(41,3–46,9)
45–64 Jahre	15,1	(13,7–16,5)	47,6	(45,7–49,5)	37,3	(35,6–39,1)
Untere Bildungsgruppe	24,7	(20,0–30,2)	45,9	(40,0–51,9)	29,4	(24,2–35,2)
Mittlere Bildungsgruppe	13,9	(12,4–15,5)	48,2	(46,0–50,5)	37,9	(35,7–40,1)
Obere Bildungsgruppe	9,0	(7,7–10,5)	47,5	(44,9–50,0)	43,5	(41,0–46,1)
ab 65 Jahre	24,2	(21,7–26,9)	48,9	(46,0–51,8)	26,9	(24,5–29,4)
Untere Bildungsgruppe	29,5	(24,9–34,6)	47,1	(41,9–52,4)	23,4	(19,2–28,1)
Mittlere Bildungsgruppe	20,8	(18,4–23,5)	50,4	(47,2–53,6)	28,8	(26,0–31,7)
Obere Bildungsgruppe	12,9	(10,4–15,9)	51,0	(46,8–55,2)	36,1	(32,1–40,2)

Männer	Geringe soziale Unterstützung		Mittlere soziale Unterstützung		Starke soziale Unterstützung	
	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)	%	(95 %-KI)
Gesamt (Frauen und Männer)	15,6	(14,9–16,3)	49,0	(48,1–49,8)	35,4	(34,6–36,3)
Männer gesamt	15,0	(14,0–16,1)	49,6	(48,3–50,9)	35,4	(34,2–36,6)
18–29 Jahre	7,9	(6,4–9,6)	49,3	(46,6–52,1)	42,8	(40,1–45,6)
Untere Bildungsgruppe	10,4	(7,1–15,1)	46,9	(41,6–52,4)	42,7	(37,4–48,1)
Mittlere Bildungsgruppe	6,7	(5,2–8,6)	51,5	(48,0–55,0)	41,8	(38,4–45,4)
Obere Bildungsgruppe	7,2	(4,2–12,0)	43,8	(37,3–50,6)	49,0	(42,3–55,8)
30–44 Jahre	14,0	(12,2–16,0)	48,9	(46,4–51,4)	37,2	(34,8–39,6)
Untere Bildungsgruppe	25,2	(17,5–34,8)	52,0	(42,0–61,8)	22,8	(15,6–32,0)
Mittlere Bildungsgruppe	13,7	(11,4–16,4)	47,3	(43,9–50,7)	39,0	(35,7–42,4)
Obere Bildungsgruppe	9,7	(8,1–11,6)	50,2	(47,2–53,2)	40,0	(37,1–43,0)
45–64 Jahre	16,5	(14,8–18,3)	50,1	(47,8–52,3)	33,5	(31,5–35,5)
Untere Bildungsgruppe	34,4	(25,1–45,1)	46,3	(36,0–56,9)	19,2	(12,0–29,3)
Mittlere Bildungsgruppe	15,6	(13,5–17,9)	51,2	(48,2–54,3)	33,2	(30,4–36,1)
Obere Bildungsgruppe	12,4	(10,9–14,2)	49,2	(46,6–51,8)	38,4	(35,9–40,9)
ab 65 Jahre	20,2	(17,6–23,1)	50,1	(46,9–53,2)	29,7	(26,9–32,7)
Untere Bildungsgruppe	39,8	(28,3–52,5)	37,1	(26,0–49,7)	23,1	(14,2–35,3)
Mittlere Bildungsgruppe	18,4	(15,3–21,8)	51,6	(47,3–55,9)	30,0	(26,2–34,1)
Obere Bildungsgruppe	14,1	(11,9–16,6)	53,6	(50,3–56,9)	32,3	(29,3–35,5)

Quelle: RKI 2012, S. 135

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass lediglich 15,6 % der befragten Männer und Frauen geringe soziale Unterstützung erfahren. Ab einem Alter von 65 Jahren ist jedoch mit 20,2 % bei den Männern und 24,2 % bei den Frauen ein Anstieg von geringer sozialer Unterstützung zu verzeichnen. Die höchsten Anteile starker sozialer Unterstützung erhalten Frauen und Männer im Alter von 18 bis 29 Jahren mit fast 43 % und Angehörige der oberen Bildungsgruppen (ebd., S. 134).

4.2.4 Soziale Ausgrenzung: Migration

In der Literatur wird soziale Ausgrenzung definiert als

> *„Ausschluss von gesellschaftlichen Teilhabemöglichkeiten: als Marginalisierung am Arbeitsmarkt verbunden mit gesellschaftlicher Isolation oder allgemeiner als Vorgang eines kumulativen Ausschlusses von Personen aus einer Mehrzahl unterschiedlicher, für die Lebensführung relevanter Funktionsbereiche der Gesellschaft"* (World Vision Institut für Forschung und Innovation 2008, o. S.).

Menschen, die von sozialer Ausgrenzung, Armut und relativer Deprivation betroffen sind, tragen ein höheres Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko. Für etliche soziale Gruppen gibt es dabei kaum eine Aussicht, aus dieser Armutsspirale herauszukommen. Absolute Armut, d. h. die Nichterfüllung existenzieller Bedürfnisse, ist nach wie vor auch in den wohlhabendsten europäischen Ländern vorzufinden. Einer besonderen Gefährdung sind arbeitslose, obdachlose und behinderte Menschen, zahlreiche ethnische Minderheiten, Flüchtlinge und GastarbeiterInnen ausgesetzt (vgl. WHO 2004, S. 18).

Auch relative Armut verunmöglicht eine angemessene Partizipation am gesellschaftlichen Leben. Die damit verbundene gesellschaftliche Ausgrenzung und Ungleichbehandlung haben einen großen Einfluss auf die Gesundheit und die Lebensdauer eines Menschen. Armut hat vor allem für Schwangere und Neugeborene, Kinder und alte Menschen negative gesundheitliche Auswirkungen (ebd., S. 18).

Soziale Ausgrenzung ist auch untrennbar mit Stigmatisierung, Rassismus, Diskriminierung, Ablehnung und Arbeitslosigkeit verbunden. Dies hat zur Folge, dass

Menschen der Zugang zu Bildung, zu Einrichtungen und Bürgeraktivitäten verwehrt wird (vgl. WHO 2004, S. 18).

MigrantInnen sind im Vergleich zu Menschen ohne Migrationshintergrund einer besonderen Gesundheitsgefährdung ausgesetzt. Verantwortlich dafür sind dabei vor allem die Umstände einer Migration sowie die Bedingungen, welche Menschen mit Migrationshintergrund im Zielland vorfinden. Dazu zählen ein niedriger sozioökonomischer Status, gesundheitsgefährdende Berufe, Arbeitslosigkeit oder schlechte Wohnbedingungen. Kommt es zu einer Kumulation dieser einzelnen Faktoren, die für sich genommen schon gesundheitsbeeinträchtigend sind, ist eine Gesundheitsgefährdung besonders hoch (vgl. RKI 2008, S. 129).

Insgesamt ist der Gesundheitszustand von MigrantInnen nicht schlechter, als jener von Nicht-MigrantInnen. Sie sind von den gleichen Krankheiten betroffen wie die gleichaltrige einheimische Bevölkerung, die jedoch abhängig vom Herkunftsland und Migrationsprozess mehr oder weniger häufig auftreten. Dazu zählen Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Herz-Kreislauf-Systems, Diabetes, chronische Atemwegserkrankungen, (Arbeits-)Unfälle und Erkrankungen infolge chronischen Suchtmittelmissbrauchs. Dennoch weisen sie einige Gesundheitsprobleme auf, die in der deutschen Bevölkerung nur noch selten auftreten, wie Tuberkulose, Todesfälle bei der Geburt und im ersten Lebensjahr und einzelne erbliche Erkrankungen des Stoffwechsels. Überdies sind sie von psychosozialen Belastungen durch Trennung und Fremdenfeindlichkeit, Folter oder politische Verfolgung betroffen (ebd., S. 129).

Menschen mit Migrationshintergrund werden aufgrund von erhöhten Zugangsbarrieren und einer verringerten Inanspruchnahme gesundheitsbezogener Behandlungen als „hard-to-reach“-Gruppe bezeichnet (vgl. Österreichischer Integrationsfonds 2011, o.S.).

Sie suchen häufiger Rettungsstellen statt praktische Ärzte auf und nehmen Vorsorgeleistungen, ambulante und rehabilitative Dienste seltener in Anspruch. Mögliche Barrieren können dabei Sprachprobleme, Informationsdefizite und ein unterschiedliches Verständnis von Gesundheit und Krankheit sein. MigrantInnen, und

hier vor allem türkische Erwerbstätige, sind im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung häufiger von Unfällen am Arbeitsplatz und von Arbeitsunfähigkeit betroffen. Dies lässt sich darauf zurückführen, dass sie vermehrt Berufe ausüben, die mit einem erhöhten Unfallrisiko einhergehen. Überdies sind sie auch sozialen Belastungen ausgesetzt, welche die Gesundheit und die Lebensdauer mit zunehmender Aufenthaltsdauer beeinträchtigen können (vgl. Kohls 2011, S. 10f.).

Eine positive Auswirkung auf den Gesundheitszustand von MigrantInnen wird dem sogenannten Healthy-Migrant-Effect zugesprochen. Dieser definiert sich im Allgemeinen über ein anfangs günstigeres Ernährungs- und Gesundheitsverhalten, umfangreichere soziale Netzwerke und einen stabileren Zusammenhalt innerhalb der Familie (ebd., S. 11).

Insgesamt sieht sich die Gesellschaft aufgrund der bisherigen Daten mit zwei wesentlichen Herausforderungen konfrontiert: einerseits Unterstützung für MigrantInnen im Hinblick auf Prävention, andererseits Erleichterung des Zugangs zu Kuration und Rehabilitation und Gewährleistung der Gleichbehandlung (vgl. RKI 2008, S. 129).

Um den Zugang und die Inanspruchnahme von Gesundheitsangeboten zu verbessern, bedarf es einer grundsätzlichen Orientierung an den Bedürfnissen von MigrantInnen, der Stärkung von Partizipation und Eigenverantwortung und der Integration von Interventionen in die Stadtteilarbeit und die Lebenswelt der Zielgruppe. Besonders erfolgversprechend sind kultursensible, muttersprachliche und kostenlose Maßnahmen, die von Schlüsselpersonen aus dem kulturellen Umfeld von MigrantInnen unterstützt werden. Da Menschen mit Migrationshintergrund eine sehr heterogene Bevölkerungsgruppe darstellen, muss dabei eine große Zahl an Herkunftsländern in den Blick genommen werden (vgl. Österreichischer Integrationsfonds 2011, o.S.).

4.2.5 Arbeitslosigkeit und Arbeit

Arbeitslosigkeit wirkt sich negativ auf die Gesundheit aus. Arbeitslose und ihre Angehörigen tragen ein deutlich höheres Risiko früher zu sterben, selbst wenn andere Einflussfaktoren berücksichtigt werden. Arbeitslosigkeit führt nicht nur zu finanziellen Problemen, sondern beeinträchtigt auch den psychischen Gesundheitszustand. Gesundheitsschädigende Wirkungen machen sich jedoch bereits dann bemerkbar, wenn der Arbeitsplatz als gefährdet angesehen wird. Es kommt zu Angst- und Depressionszuständen, Herzkrankheiten häufen sich, man fühlt sich insgesamt krank (vgl. WHO 2004, S. 24f.).

In Österreich sind gegenwärtig 354.639 Menschen arbeitslos. Damit ist die Arbeitslosigkeit im Vergleich zum Vorjahr um 12,8 % gestiegen. Am stärksten vom Anstieg betroffen sind Personen aus dem Ausland mit 29,1 %, über 50-jährige mit 23,4 % und Behinderte mit 26,3 %. Bei Frauen fiel der Zuwachs geringer aus (15 %), als bei Männern (17,3 %) (News 2014, o.S.).

In der wissenschaftlichen Literatur werden die Effekte von Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit vielfach in objektive und subjektive Auswirkungen unterteilt. Im Hinblick auf objektive Auswirkungen zählen nach ärztlichen Diagnosen eine Zunahme des Blutdrucks und ein Anstieg des oberen Blutdruckwertes, Beschwerden des Herzens, eine erhöhte Medikamentendosis, eine Chronifizierung bereits bestehender Krankheiten und eine Zunahme des Gewichtes und des Cholesterinspiegels. Die subjektiven Auswirkungen betreffen Schlafstörungen, Niedergeschlagenheit und Zustände der Erschöpfung. Arbeitslosigkeit führt dabei vielfach zu übermäßigem Konsum von Tabak und Alkohol und einem gleichgültigen Umgang mit der Gesundheit (vgl. Kritzinger/Ludvig/Müller 2009, S. 28f.).

Arbeitslose geben im Vergleich zu Erwerbstätigen deutlich seltener an, sich gesundheitlich sehr gut oder gut zu fühlen, wobei hier insbesondere arbeitslose Frauen betroffen sind: während 86 % der erwerbstätigen Frauen davon sprechen, sich gesundheitlich sehr gut oder gut zu fühlen, sagen dies bei den Arbeitslosen lediglich

57 %. Arbeitslose Männer und Frauen geben demzufolge an, häufiger an chronischen Krankheiten und Schmerzen zu leiden und tragen ein deutlich höheres Risiko an Depressionen und Angstgefühlen zu erkranken (vgl. Statistik Austria 2008, S. 9).

Im Hinblick auf starkes Übergewicht zeigen sich nur bei Frauen deutliche Unterschiede: lediglich 9 % der Erwerbstätigen leiden an starkem Übergewicht, jedoch 22 % der Arbeitslosen. Beim Rauchverhalten sind bei beiden Geschlechtern signifikante Unterschiede zu verzeichnen: arbeitslose Männer haben ein 1,9fach erhöhtes Risiko täglich zu rauchen, bei arbeitslosen Frauen ist die Wahrscheinlichkeit sogar 3 Mal so hoch. Auch präventive Maßnahmen, wie Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen werden von Arbeitslosen seltener in Anspruch genommen, als von Erwerbstätigen (ebd., S. 10).

Jedoch nicht nur Arbeitslosigkeit, sondern auch Arbeitsbedingungen können sich negativ auf die Gesundheit auswirken (Abb. 4):

Abbildung 4: Wahrnehmung einer Gesundheitsgefährdung durch die Arbeit

Frauen	Wahrnehmung einer Gesundheitsgefährdung durch die Arbeit	
	%	(95 %-KI)
Gesamt (Frauen und Männer)	16,7	(15,9 – 17,6)
Frauen gesamt	13,5	(12,6 – 14,5)
18 – 29 Jahre	13,7	(11,5 – 16,1)
Untere Bildungsgruppe	14,1	(9,2 – 21,0)
Mittlere Bildungsgruppe	13,6	(11,1 – 16,5)
Obere Bildungsgruppe	13,4	(9,5 – 18,6)
30 – 44 Jahre	14,8	(13,2 – 16,5)
Untere Bildungsgruppe	14,3	(8,6 – 22,7)
Mittlere Bildungsgruppe	15,6	(13,5 – 18,0)
Obere Bildungsgruppe	13,6	(11,6 – 15,9)
45 – 64 Jahre	13,1	(11,8 – 14,6)
Untere Bildungsgruppe	14,4	(10,0 – 20,2)
Mittlere Bildungsgruppe	12,1	(10,5 – 14,0)
Obere Bildungsgruppe	14,5	(12,7 – 16,6)

Männer	Wahrnehmung einer Gesundheitsgefährdung durch die Arbeit	
	%	(95 %-KI)
Gesamt (Frauen und Männer)	16,7	(15,9 – 17,6)
Männer gesamt	19,5	(18,2 – 20,7)
18 – 29 Jahre	15,8	(13,5 – 18,4)
Untere Bildungsgruppe	13,1	(8,7 – 19,3)
Mittlere Bildungsgruppe	17,8	(14,8 – 21,1)
Obere Bildungsgruppe	10,9	(7,1 – 16,4)
30 – 44 Jahre	23,4	(21,2 – 25,7)
Untere Bildungsgruppe	25,9	(17,0 – 37,4)
Mittlere Bildungsgruppe	28,0	(24,9 – 31,4)
Obere Bildungsgruppe	15,5	(13,4 – 17,8)
45 – 64 Jahre	19,2	(17,3 – 21,3)
Untere Bildungsgruppe	25,6	(16,4 – 37,7)
Mittlere Bildungsgruppe	21,0	(18,4 – 24,0)
Obere Bildungsgruppe	14,5	(12,7 – 16,6)

Quelle: RKI 2012, S. 152

Rund 17 % der arbeitenden Bevölkerung in Deutschland sehen sich durch ihre berufliche Tätigkeit erheblich in ihrer Gesundheit gefährdet. Männer sind mit 19,5 % signifikant häufiger der Annahme, dass ihre Gesundheit stark oder sehr stark durch ihre Arbeit gefährdet ist, als Frauen mit 13,5 %. Während sich bei Frauen keine bedeutsamen Unterschiede zwischen den Altersgruppen zeigen, sind diese bei Männern (30 – 44 Jahre) signifikant höher (vgl. RKI 2012, S. 151).

Die Arbeiterkammer und der Österreichische Gewerkschaftsbund sprechen infolge einer Umfrage unter 300 Betriebsräten von einem dringenden Verbesserungsbedarf der bestehenden Arbeitsbedingungen. Zwei Drittel der Befragten geben an, dass Überstunden, Stresspegel und Flexibilitätsanforderungen ansteigen und Arbeitszeiten familienfeindlich gestaltet sind. Beinahe die Hälfte der befragten Betriebsräte sieht in der Erhöhung der Flexibilitätsanforderungen Vorteile für das Unternehmen, zwei Drittel verweisen jedoch darauf, dass diese zu Lasten der Belegschaft gehen (vgl. News 2013, o.S.).

Mittlerweile ist hinreichend erwiesen, dass Stress am Arbeitsplatz das Krankheitsrisiko verstärkt. Gleiches gilt für einen Arbeitsplatz mit hohen Anforderungen, der lediglich wenig Entscheidungsspielraum zulässt. Schließlich besteht ein höheres Risiko, an Herz-Kreislaufkrankheiten zu erkranken, wenn die erbrachte Arbeitsleistung nicht entsprechend anerkannt wird (WHO 2004, S. 21).

4.2.6 Rauchen

In entwickelten Industrieländern kann der Konsum von Tabak gegenwärtig als einflussreichster Einzelfaktor von Krankheit und Sterblichkeit angesehen werden (vgl. Schulze/Lampert 2006, S. 5).

Der Konsum von Tabak steigt in der Bevölkerung immer weiter an und verursacht hohe Kosten auf individueller und gesellschaftlicher Ebene. Die Weltgesundheitsorganisation sieht eine Reduktion des Tabakkonsums daher als wirksamste Präventionsstrategie an, wenn es darum geht, die Lebensqualität zu verbessern und die Lebenszeit zu verlängern (vgl. Statistik Austria 2007, S. 34):

> *"Tobacco consumption continues to be the leading preventable cause of death in the world* (WHO 2006, S. 13).

Der Gesundheitsminister der EG macht mit verschiedenen Aufdrucken auf jeder Zigarettenpackung darauf aufmerksam, dass Rauchen die Gesundheit gefährdet (vgl. Junge/Nagel 1999, 121).

Für Deutschland bedeutet dies in Zahlen ausgedrückt: pro Jahr sterben 110.000 bis 140.000 Menschen an den Folgen des Tabakkonsums (vgl. RKI 2006, S. 107). Für Österreich zeigt sich laut Statistik Austria: im Jahr 2010 gab es 3.607 Lungenkrebs-Todesfälle zu verzeichnen (2.386 Männer, 1.221 Frauen). 90 Prozent davon sind auf den Konsum von Tabak zurückzuführen (vgl. Der Standard 2013, o.S.). In ganz Europa sterben über 1 Million Menschen an diesen Folgen (vgl. Europäische Kommission 2006, S. 3). Weltweit rauchen gegenwärtig geschätzte 1,3 Billionen Menschen. Die Todesfälle, die durch den Konsum von Tabak verursacht werden, belaufen sich auf 5 Millionen Menschen jährlich. Bei Beibehaltung dieses Musters werden sich die

Todeszahlen nahezu verdoppeln und im Jahr 2020 fast 20 Millionen jährlich erreichen (vgl. WHO 2006, S. 11).

Laut der World Health Organisation weisen dabei von Armut betroffene Menschen den höchsten Tabakkonsum auf:

> *"It is the poor and the poorest who tend to smoke the most"* (WHO 2006, S. 12).

Tabakkonsum hat vielfältige Auswirkungen auf die Gesundheit, wie beispielsweise Erkrankungen der Atemwege, Herz- und Gefäßerkrankungen, bösartige Neubildungen und Bluthochdruck (vgl. Statistik Austria 2007, S. 34). Tabelle 5 veranschaulicht die Folgen des Tabakkonsums:

Tabelle 5: Rauchverursachte Krankheiten und Gesundheitsstörungen

Rauchverursachte Krankheiten und Beschwerden
Entwicklungsstörungen
Unfruchtbarkeit (bei Frauen)
Schwangerschaftskomplikationen
Atemwegserkrankungen
Chronische Bronchitis
Lungenentzündung
Reduzierte Lungenfunktionswerte
Krebserkrankungen
Harnleiterkrebs
Blasenkrebs
Gebärmutterhalskrebs
Speiseröhrenkrebs
Nierenkrebs
Kehlkopfkrebs
Leukämie
Lungenkrebs
Mundhöhlenkrebs
Bauchspeicheldrüsenkrebs
Magenkrebs
Herz- und Gefäßerkrankungen
Bauchaortenaneurysma
Arteriosklerose
Zerebrovaskuläre Erkrankungen
Koronare Herzerkrankungen
Außerdem
Grauer Star (bei Frauen)
Niedrige Knochendichte (bei Frauen nach der Menopause)
Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür

Quelle: International Agency for Research on Cancer 2004; US Department of Health and Human Services 2004 zit.n. Schulze et al. 2006, S. 11.

Die meisten Todesfälle in Deutschland sind auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen zurückzuführen, wobei Personen, die vor dem 40. Lebensjahr einen Herzinfarkt erleiden, fast ausschließlich Tabak konsumieren. Frauen sind einem 10fach höherem Risiko ausgesetzt, wenn sie rauchen und die Pille nehmen. Insgesamt könnten Männer (60 %) und Frauen (75 %) seltener einen Herzinfarkt erleiden, wenn sie nicht rauchen würden (vgl. Rauchfrei.de o.J., o.S.).

Das Risiko an Lungenkrebs zu erkranken, betrifft ungefähr 90 – 95 % von rauchenden Erwachsenen. Ungefähr 60.000 bis 80.000 Menschen sterben jährlich daran. Lediglich 10 % haben nach einer Diagnose die Chance, weitere 5 Jahre zu leben (ebd., o.J., o.S.).

Schlaganfälle nehmen in Deutschland den dritten Rang der Todesursachen ein. Etwa 150.000 Menschen erleiden jährlich einen Schlaganfall. Frauen haben bei gleichzeitiger Einnahme der Pille und Tabakkonsum wiederum ein 10fach höheres Risiko daran zu erkranken (vgl. Rauchfrei.de o.J., o.S.).

4.2.7 Alkohol

In Deutschland sind im Jahr 2012 insgesamt 14.551 Menschen, davon 10.922 Männer und 3.629 Frauen, an den Folgen chronischen Alkoholmissbrauchs verstorben. Damit ist die Todesrate im Vergleich zu Verkehrsunfällen (3.827 Menschen) beinahe viermal so hoch. Die häufigsten Todesursachen waren Leberkrankheiten, wie Leberzirrhose (8.319 Personen) sowie psychische Störungen und Verhaltensstörungen (4.991 Personen) (vgl. Statistisches Bundesamt 2014, o.S.).

In Österreich sind 10,5 % der Bevölkerung „alkoholgefährdet“ und 5 % weisen eine chronische Alkoholerkrankung auf (vgl. Pharmig 2012, S. 66).

Der Konsum von Alkohol wirkt sich nicht nur unmittelbar, sondern auch dauerhaft auf die Gesundheit aus. Kurzfristige Auswirkungen zeigen sich bspw. in einer erhöhten Unfallgefahr und einer enthemmenden Verhaltensweise. Langfristig gesehen hat insbesondere der exzessive Konsum von Alkohol gesundheitliche Beeinträchtigungen zur Folge. Alkoholkonsum kann deshalb in den meisten Ländern als Gesundheitsrisiko ersten Ranges angesehen werden. Einigkeit herrscht nach dem gegenwärtigen Stand der Forschung darüber, dass zahlreiche Erkrankungen direkt mit dem Konsum von Alkohol zusammenhängen bzw. deutlich häufiger bei Personen auftreten, welche Alkohol exzessiv konsumieren, als bei jenen, welche Alkohol mäßig oder gar nicht konsumieren. Andererseits wird eine positive Auswirkung mäßigen Alkoholkonsums auf die Gesundheit kontrovers diskutiert (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2009, S. 95).

Nach dem Bericht der WHO sind 2012 mehr als drei Millionen Todesfälle weltweit auf den Konsum von Alkohol zurückzuführen. Übermäßiger Konsum von Bier, Wein und Schnaps erhöht das Risiko von beinahe 200 Krankheiten und die Bereitschaft zu Gewalttaten. Während der Alkoholverbrauch pro Kopf in Europa, Amerika und Afrika seit 2009 auf hohem Niveau nicht angestiegen ist, wächst er in Ländern des westlichen Pazifiks sowie im südostasiatischen Raum. Der höchste Verbrauch pro Kopf ist in Europa zu verzeichnen. Dabei zeigt sich, dass weltweit insbesondere arme Menschen von den sozialen und gesundheitlichen Auswirkungen des Alkoholkonsums betroffen sind und Frauen deutlich seltener dem Alkohol verfallen als Männer (vgl. Der Standard 2014a, o.S.).

Eine problematische Entwicklung konnte beim Trinkverhalten von Kindern und Jugendlichen festgestellt werden. Mit dem sogenannten „binge drinking“ oder Rauschtrinken wird das Ziel verfolgt, so schnell wie möglich einen hohen Alkoholpegel zu erreichen. Das Phänomen lässt sich im gesamten europäischen Raum beobachten. Auch wenn hier lediglich eine kleine Gruppe von Jugendlichen betroffen ist, sind die Zahlen alarmierend: beinahe jeder zweite Jugendliche in Deutschland im Alter zwischen 16 und 17 Jahren betrinkt sich zumindest einmal monatlich. Dies hat zur Folge, dass immer mehr Jugendliche mit einer akuten Alkoholvergiftung ins Krankenhaus eingeliefert werden. Die höchste bisher gemessene Zahl beträgt 23.165 volltrunken eingelieferte Jugendliche in Deutschland (vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2009, S. 5).

Die österreichische Spitalsentlassungsstatistik zeigt hierzu folgende aktuelle Daten: 2.444 Jugendliche zwischen 15 und 19 Jahren wurden 2012 infolge einer Alkoholvergiftung bzw. Alkoholmissbrauchs ins Krankenhaus eingeliefert. 275 Fälle betrafen die Altersgruppe der 10- bis 14-Jährigen. In drei Fällen waren Buben zwischen 5 und 9 Jahren sowie 6 Kleinkinder betroffen (vgl. Der Standard 2014b, o.S.).

Kinder, deren Eltern alkoholkrank sind, tragen nicht nur ein erhöhtes Risiko, selbst eine Suchterkrankung zu entwickeln, sondern sind auch eher von emotionalen und affektiven Problemen und Störungen betroffen. Das familiäre Zusammenleben ist häufig durch

eine instabile, inkonsequente und gewaltbelastete Erziehung sowie elterliche Disharmonie gekennzeichnet. Da das Thema Alkohol häufig tabuisiert wird, kann es sowohl für das Kind als auch für die gesamte Familie zu einer sozialen Isolation kommen. Elterlicher Alkoholkonsum kann jedoch nicht alleine für Problemlagen der Kinder verantwortlich gemacht werden. Soziale und psychische Probleme der Eltern, wie Arbeitslosigkeit, Depression, Ängstlichkeit usw. können zu ähnlichen Problemen führen. Inwieweit ein Zusammenhang zwischen elterlichen Problemen und Problemen der Kinder durch elterlichen Alkoholkonsum besteht bzw. sich der Zusammenhang über andere Probleme erklären lässt, entzieht sich dem gegenwärtigen Stand der Forschung (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2009, S. 115f.).

5 GEMEINWESENARBEIT (GWA)

5.1 Begriffsklärung

> *„Gemeinwesenarbeit (GWA) leistet einen Beitrag, die Lebensverhältnisse und die Lebensqualität der Bewohner benachteiligter Stadtgebiete zu verbessern, damit sie am Gesellschaftsprozess partizipieren können“* (Homfeldt 2005, S. 146).

Gemeinwesenarbeit orientiert sich am sozialen Raum, das heißt, sie bezieht sich auf den gesamten Stadtteil (Straßen, Nachbarschaft, Quartiere usw.) und nicht auf das einzelne Individuum. Gemeinwesenarbeit richtet ihr Augenmerk immer auf die Stärken der Menschen. Dabei werden sowohl die Ressourcen des Stadtteils, als auch seiner BewohnerInnen herangezogen, um in der Folge bessere Lebensbedingungen zu schaffen. Gemeinwesenarbeit zielt darauf ab, den Handlungsspielraum der BewohnerInnen zu vergrößern. Diese sollen selbstbestimmt und eigeninitiativ am Leben teilnehmen können (vgl. Oelschlägel 2010, S. 1):

> *„Der Blick richtet sich nicht primär auf einzelne Klienten, sondern auf die Lebenswelt von Bewohnern, die bei ermitteltem Bedarf durch eigengesteuerte Lern- und Arbeitsprozesse verbessert wird und so auf der Grundlage der Veränderung der Verhältnisse durch Arbeiten, Wohnen, Gesundheit […] sich auch die Menschen verändern“* (Homfeldt 2005, S. 148).

Gemeinwesenarbeit geht demnach zunächst an erster Stelle über den Einzelfall hinaus. Sie interessiert sich für "*die ihn verursachenden Benachteiligungen, die Selbsthilfepotenziale im Netzwerk und die strukturell ansetzenden Hilfsangebote"* (Schönig 2012, S. 31).

Nach Wolfgang Hinte übernimmt eine über Einzelfallhilfe hinausgehende Gemeinwesenarbeit eine unterstützende Funktion im Hinblick auf benachteiligte Lebenswelten, indem sie ein Bindeglied zwischen Menschen und administrativen und politischen Instanzen bildet (Hinte 1996, S. 105).

Wesentlicher Aspekt der Gemeinwesenarbeit ist das Sichtbarmachen der Bedürfnisse und Interessen der Menschen, die Partizipation an Prozessen im Gemeinwesen und die konstruktive und nachhaltige Bearbeitung sozialer Konflikte (vgl. Schnee/Stoik 2001, S. 4).

Gemeinwesenarbeit will Menschen dahingehend aktivieren, dass sie auch auf politischer Ebene in der Lage sind, sich aktiv zu beteiligen. Im Vordergrund steht dabei vor allem der Erwerb von Kompetenzen im Zuge der gemeinsamen Problem- und Konfliktbearbeitung (vgl. Oelschlägel 2005, S. 653).

5.1.1 Definition Gemeinwesen

> *„Im sozialen Fokus der Gemeinwesenarbeit (GWA) liegt das Gemeinwesen, das sich als soziales Territorium verstehen lässt, in dem Menschen und deren institutionelle Errungenschaften koexistieren. Als offen zu denkendes Gemeinwesen ist es stets eine Konstruktion, denn Relationen nach außen und Differenzierungen nach innen lassen das Gemeinwesen als politische oder funktionelle Größe erscheinen"* (Heimgartner 2009, S. 10).

Ein Gemeinwesen kann wie folgt definiert werden: zum einen umfasst es seine BewohnerInnen, zum anderen wird damit ihr Zugehörigkeitsbereich definiert und schließlich bringt der Begriff das gemeinschaftliche Zusammenleben zum Ausdruck (vgl. Wendt, 1989, S. 1):

„Ein Gemeinwesen ist ein soziales System, ein Beziehungsgeflecht zwischen Menschen, Gruppen und Organisationen, die in einem umschriebenen Gebiet leben und/oder tätig sind“ (Pro Senectute 2009, S. 2).

Zu einem Gemeinwesen können bestimmte kategoriale Gruppen, wie Obdachlose, MigrantInnen, alte Menschen etc. oder ein virtuelles Kollektiv gehören. Territorial gefasst ist damit ein spezieller Stadtteil, eine Region oder ein Dorf gemeint (vgl. Schnee 2004, S. 1).

Die spezifischen Probleme von Menschen, die in einem sozialgeografisch abgegrenzten Raum leben, sind auf strukturelle Rahmenbedingungen zurückzuführen. Diese sollen durch Gemeinwesenarbeit verhindert, gelindert oder beseitigt werden (vgl. Schnee 2001, S. 2).

5.1.2 Definition Sozialraum

In der Literatur existieren seit der Aufklärung zwei gegensätzliche Vorstellungen von Raum. Dies ist zum einen die Auffassung eines absoluten Raumes, der unabhängig von darin enthaltenen Körpern selbst besteht und daher unveränderbar ist. Zum anderen wird vom relativen Raum gesprochen, der erst durch Körper gebildet wird und ohne sie nicht bestehen kann. Diese konstruktivistische Raumvorstellung erfährt im Gegensatz zur absoluten gegenwärtig größere Aufmerksamkeit (vgl. Kessl/Reutlinger 2010, S. 22f.):

> *„Die Rede vom Sozialraum stellt die Konstruiertheit des Raumes in den Mittelpunkt und macht ihn damit zum Produkt sozialer Prozesse. Je nachdem, auf welche sozialen Prozesse man sich bezieht, gelangt man in unterschiedliche Räume. Je nachdem, welche Akteure mit ihren jeweils unterschiedlichen Aufmerksamkeiten beobachten, werden unterschiedliche Räume gesehen. Diese Differenzen entsprechen gewohnheitsmäßig geprägten Wahrnehmungsschemata und aktuellen Interessenslagen“* (Früchtel/Cyprian/Budde 2007, S. 15).

Der Begriff Sozialraum beschreibt alle Wege und Tätigkeiten, die Menschen im Zuge ihres Alltags ausführen, wie bspw. Arbeit, Einkauf oder Freizeitaktivitäten. Damit gehen die Lebenswelten der BewohnerInnen über das Gemeinwesen hinaus (ebd., S. 1):

„Die Gestaltung von Lebenswelten mit den BewohnerInnen eines Stadtteils setzt einerseits im Stadtteil an, dort, wo sich der Lebensalltag der Menschen abspielt, und andererseits in der Vermittlung zu anderen Systemebenen (Verwaltung, Politik, Wirtschaft)“ (Schnee 2001, S. 3).

5.2 Relevante Begriffe der GWA

5.2.1 Gemeinwesenökonomie

Gemeinwesenökonomie stellt eine alternative Konzeption zum bestehenden kapitalistischen Wirtschaftssystem dar und setzt sich für die Existenzsicherung und die gesellschaftliche Teilhabe der Menschen ein (Elsen 2007, S. 145).

Menschen, die ihren Arbeitsplatz verlieren, sind im Hinblick auf ihre existentielle Sicherung und gesellschaftliche Partizipation mit besonderen Herausforderungen konfrontiert. Soziale Kontakte oder ein Zuverdienst bleiben meist auf die Lebenswelt der Betroffenen beschränkt. Gerade in benachteiligten Stadtgebieten besteht jedoch ein spezieller Bedarf an zu leistender Arbeit, wie bspw. die Betreuung von Kindern, die Pflege von Kranken und die Versorgung von alten Menschen. Hier setzt Gemeinwesenökonomie an, indem sie den lokalen Bedarf mit den verfügbaren Mitteln eines Gemeinwesens verbindet (vgl. Oelschlägel 2001, S. 189):

„Die lokale Ökonomie setzt einerseits an den Bedarfslagen, andererseits an den Ressourcen und Kompetenzen des Gemeinwesens an, um selbstorganisiertes und kooperatives Wirtschaften zu schaffen. Das Wirtschaften ist an die Interessen des Gemeinwesens rückgekoppelt. Die lokale Ökonomie intendiert, soziales Denken und ökonomisches Handeln in Einklang zu bringen“ (Heimgartner 2009a, S. 66).

Gemeinwesenökonomie führt über sinnvolle Tätigkeiten, kooperatives Arbeiten und gemeinsame Erfahrungen zu einem Gefühl der Verbundenheit und Zugehörigkeit. Auf diesem Wege wird versucht, das innere und das äußere Gemeinwesens wiederherzustellen (vgl. Elsen 2007, S. 108).

5.2.2 Agenda 21

Der Begriff Agenda 21 wurde 1992 von der Konferenz der Vereinten Nationen für Umwelt und Entwicklung (UNCED) in Rio de Janeiro entwickelt und stellt ein globales Konzept für nachhaltige Entwicklung für das 21. Jahrhundert dar. Zentraler Aspekt ist die Integration von Umwelt- und Entwicklungsfragen, um größeren Wohlstand und besser geschützte Ökosysteme zu erreichen (vgl. Konferenz der Vereinten Nationen für Umwelt und Entwicklung 1992, S. 1).

Um Nachhaltigkeit zu gewährleisten, muss jedoch die Beteiligung von lokalen und regionalen AkteurInnen ermöglicht und wahrgenommen werden. Agenda 21 umfasst somit nicht nur Veränderungsprozesse im ökologischen, sondern auch im ökonomischen und politischen Bereich. Das Konzept steht für die Entwicklung von Partizipation und Beteiligung und kann daher als Demokratisierungsprozess angesehen werden (vgl. Schnee et al. 2001, S. 10).

5.2.3 Bürgerschaftliches Engagement

Bürgerschaftliches Engagement vollzieht sich sowohl auf sozialer als auch auf politischer Ebene. Gemeint sind damit alle Tätigkeiten, die freiwillig und ehrenamtlich passieren und auf Selbsthilfe ausgerichtet sind (vgl. Frech 2007, S. 202).

Bürgerschaftliche Aktivitäten grenzen sich von anderen Formen des Engagements ab, indem sie öffentlich stattfinden, zwischen den Bereichen Familie, Staat und Markt angesiedelt sind und immer am Gemeinwohl orientiert sind (vgl. Olk/Hartnuß 2011, S. 150).

5.2.4 Soziokulturelle Animation

Der Begriff soziokulturelle Animation, der insbesondere in der Schweiz und in Frankreich Anwendung findet, setzt sich für eine selbstbestimmte Lebensgestaltung, gesellschaftliche Partizipation und ein gelingendes soziales und kulturelles

Zusammenleben heterogener Bevölkerungsgruppen ein. Soziokulturelle Animation agiert in den Bereichen Politik, Kultur, Bildung und Soziales, wobei der kulturelle Aspekt im Vordergrund steht (vgl. Wörterbuch der Sozialpolitik o.J., o.S.).

Grundlegende Prinzipien der soziokulturellen Animation sind die freiwillige Teilnahme an niederschwellig und partizipativ gestalteten Projekten und Aktionen, die Orientierung an den Bedürfnissen der Betroffenen und die Anerkennung und Anknüpfung an ihre Kultur. Das Tätigkeitsfeld der Professionellen umfasst dabei die Bereiche Animation („anregen – ermutigen – befähigen"), Konzeption (Erhebung des Aktivierungsbedarfs), Organisation (Arrangement von unterstützenden Projekten) und Mediation (z. B. Konfliktvermittlung) (ebd., o.S.).

5.2.5 Arbeitsprinzip Gemeinwesenarbeit

Gemeinwesenarbeit wendet sich davon ab, als „Dritte Methode" der Sozialen Arbeit gesehen zu werden. Gemeinwesenarbeit integriert verschiedene Methoden der Sozialforschung, der Sozialarbeit/Sozialpädagogik und des politischen Handelns in ihre Arbeit. Diese orientieren sich jedoch immer an der „lokalen Richtigkeit" (vgl. Oelschlägel 2004, o.S.).

Gemeinwesenarbeit als Arbeitsprinzip kann als genereller Grundsatz verstanden werden, der für das professionelle Handeln und Verhalten richtungsweisend sein soll (vgl. Boulet/Kraus/Oelschlägel 1980, S. 146):

> *„Gemeinwesenarbeit muß [sic!] Beiträge zur tendenziellen Aufhebung und Überwindung von Entfremdung leisten, also die Selbstbestimmung handelnder Subjekte ermöglichen. Damit ist Gemeinwesenarbeit Befreiungsarbeit insofern, als sie die unmittelbaren Wünsche und Probleme der Menschen ernst nimmt, zu veränderndem Handeln unter Berücksichtigung der politisch-historischen Möglichkeiten motiviert und Einsicht in die strukturellen Bedingungen von Konflikten vermittelt. In diesem Sinne kann Gemeinwesenarbeit als Arbeitsprinzip jede soziale Arbeit strukturieren"* (ebd., S. 156f.).

Das Arbeitsprinzip Gemeinwesenarbeit stellt aufgrund gesellschaftlicher Entwicklungen kein ausgereiftes Prinzip dar, sondern bedarf der ständigen Entwicklung, Entfaltung und Anpassung (Oelschlägel 2001a, S. 65).

Durch die gleichzeitige Konzentration auf spezifische und kollektive Handlungsvollzüge kommen dabei je nach Bedarf unterschiedliche Methoden zur Anwendung. Zu nennen sind hier bspw. aktivierende Befragungen und Gespräche, Aushandlungs- und Beteiligungsmethoden, runde Tische, Netzwerkarbeit, Gruppen- und Projektarbeit, Medien- und Öffentlichkeitsarbeit (vgl. Krisch/Stoik/Benrazougui-Hofbauer/Kellner, S. 16).

5.2.6 Sozialraumorientierung

Sozialraumorientierung wird als allgemeingültiges räumliches und methodisches Prinzip für die Sozialarbeit und Pädagogik verstanden und setzt sich zum Ziel, sowohl individuelle als auch kollektive Probleme zu bearbeiten und zu lösen. Der Ansatz geht sowohl auf erziehungskritische Traditionen aus dem pädagogischen und soziologischen Bereich, als auch auf die Gemeinwesenarbeit als Arbeitsprinzip zurück (vgl. Hinte 2001, S. 83).

Sozialraumorientierte Arbeit strebt nicht die Veränderung von Menschen, sondern die Gestaltung und Veränderung von sozialen Räumen an. Dies soll im Idealfall über die aktive Beteiligung der Betroffenen erfolgen (vgl. Hinte 2008, S. 1).

Hinte verweist auf fünf Prinzipien, die für sozialraumorientierte Arbeit grundlegend sind (vgl. Hinte 2008, S. 1ff.):

1) Ausrichtung am Willen der Menschen
2) Förderung von Selbsthilfe und Eigeninitiative
3) Orientierung an den Ressourcen der Menschen und des Sozialraums
4) Zielgruppen- und bereichsübergreifendes Arbeiten
5) Kooperatives und koordiniertes Arbeiten

Gegenwärtig existieren vier Zugänge von Sozialraumorientierung, wobei diese in der Praxis häufig vermischt werden (vgl. Stoik 2008, o.S.):

1) Das Modell der neuen Steuerung bringt zum Ausdruck, dass die gesamtgesellschaftlichen Entwicklungen vermehrte Probleme mit sich bringen. Da diese über die Ressourcen des Sozialstaates nicht mehr gelöst werden können, sollen die Ressourcen des Sozialraumes aktiviert werden

2) Die offene und aufsuchende Jugendarbeit thematisiert Barrieren und Möglichkeiten der Raumaneignung durch Jugendliche. Das Augenmerk ist dabei sowohl auf die physische als auch auf eine soziale Raumkomponente gerichtet

3) Gemeinwesenarbeit war von Anfang an am sozialen Raum und seinen Gestaltungsmöglichkeiten ausgerichtet (vgl. Oelschlägel 2004; Müller 1999 zit.n. Stoik 2008, o.S.)

4) Sozialraumorientierung als theoretisches Grundkonzept Sozialer Arbeit angesehen

Neben den dargestellten Begriffen existieren noch weitere relevante Begriffe der GWA wie Gemeinwesenentwicklung (vgl. Mohrlock/Neubauer/Neubauer/Schönfelder 1993; Heimgartner 2009), Milieuarbeit (vlg. Ebbe/Friese 1989), Stadtteilbezogene Soziale Arbeit/Stadtteilarbeit (vlg. Hinte 2007; Hinte 2007a), Quartiers- und Grätzelmanagement (vgl. Grimm/Hinte/Litges 2004; Oelschlägel 2005a), Aktions- und Handlungsforschung (vgl. Boulet/Krauss/Oelschlägel 1980; Hinte/Karas 1989).

5.3 Vorläufer der GWA

5.3.1 Samuel Barnett und Toynbee Hall

Die Anfänge der Gemeinwesenarbeit lassen sich im 19. Jahrhundert in England und den USA im Zuge der Settlement Bewegung finden. Ausganspunkt war die Gründung von

Toynbee Hall durch den geistlichen Samuel Barnett im Jahre 1884. Barnett plädierte dafür, dass sich Studenten vorübergehend (durchschnittlich zwei Jahre) im Londoner East End ansiedelten, da er das Scheitern der Wohlfahrtspolitik im staatlichen und privaten Bereich insbesondere in der mangelnden Kenntnis der sozialen Probleme sah. Die Studenten könnten auf diesem Wege nicht nur das reale Leben der Bewohner und Bewohnerinnen kennenlernen, sondern durch das alltägliche Miteinander der privilegierten Studenten mit den Bewohnern und Bewohnerinnen auch die Möglichkeit ergreifen, die unterschiedlichen Klassen zu versöhnen (vgl. Schüler 2004, S. 50).

Barnett sah überdies in dem planlosen Agieren der Wohlfahrt keinerlei Hoffnung. Diese wurde insbesondere von der Kirche, bürgerlichen Organisationen und der Armenhilfe getragen. Ebenso ernüchternd stand er den Universitäten gegenüber, die nicht in der Lage waren, ihre Studenten jenseits theoretischen Wissens an die soziale Praxis heranzuführen. Samuel Barnett war der Annahme, dass Universitätsniederlassungen in den Elendsvierteln am ehesten dazu geeignet wären, den Erfordernissen und Bedürfnissen sowohl der Studenten als auch der Arbeiter und Arbeiterinnen gerecht zu werden (vgl. Pinhard 2009, S. 44).

Das Konzept des Settlements orientiert sich insbesondere am einzelnen Individuum. Dabei geht es weniger um materielle Unterstützung, sondern vielmehr soll Bildung allen Menschen, so auch den Armen, zugänglich gemacht werden. Der Ansatz erhebt den expliziten Anspruch, die Kluft zwischen den Klassen durch ein freundschaftliches Miteinander zwischen den privilegierten Studenten und den ungebildeten Armen aufzulösen. Armut wird in Anlehnung an das viktorianische Verständnis jedoch als individuelles und privates Problem angesehen. Auch wenn gesellschaftliche und soziale Ungleichheiten nicht ausgeblendet, sondern durchaus als bedeutsam angesehen werden, nehmen sie nur einen sekundären Stellenwert ein. In erster Linie wird der Bildung und Erziehung eines Menschen im Hinblick auf gesellschaftliche und soziale Bedingungen eine hohe Wirkkraft zugeschrieben, daher muss der Fokus vorrangig auf deren Veränderung bzw. Verbesserung liegen (ebd., S. 45).

Die charakterliche Bildung war traditionell für diese Zeit und hatte auch für Barnett oberste Priorität. In Toynbee Hall gab es Bibliotheken, es fanden Lesungen, Ausstellungen, Vorträge, Diskussionszirkel, (Weiter-)Bildungsangebote etc. statt. Die Bildung des Charakters und die ästhetische Erziehung und Bildung entwickelten sich in der Folge sowohl in Großbritannien als auch später in den USA zu den Grundelementen der Settlement-Arbeit (vgl. Pinhard 2009, S. 46).

5.3.2 Jane Addams und Hull House

Jane Addams gründete im Jahre 1889 zusammen mit ihrer Freundin Ellen Gates Starr Hull House in Chicago. Als Vorbild diente ihr dabei das Londoner Settlement Toynbee Hall (vgl. Schüler 2004, S. 51ff.).

Addams setzte im Gegensatz zu Barnett nicht beim Individuum an, sondern stellte die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und das soziale Umfeld in den Vordergrund (vgl. Pinhard 2009, S. 46).

Addams und Starr setzten sich ebenso zum Ziel, die Kluft zwischen den unterschiedlichen Klassen zu überbrücken (vgl. Schüler 2004, S. 60f.). Addams verwies darauf, dass Demokratie auch im sozialen Leben Anwendung finden müsse (vgl. Addams 1923, S. 23). Diese müsse sich dabei insbesondere durch eine soziale Funktion auszeichnen, die Umsetzung dieser sozialen Funktion sei in Großstädten mit einem hohen Anteil von Immigranten und Immigrantinnen jedoch nicht gewährleistet (vgl. Tröhler 2005, S. 99). Jane Addams Demokratievorstellung ist keine normative, da immer Wissen Voraussetzung für eine funktionierende Demokratie sei. Demokratie müsse sich im praktischen Leben bewähren, das bedeutet, es geht um den ‘Kontakt mit sozialer Realität’, der es erst ermöglicht, die verschiedenen Situationen und Erfahrungen der Menschen wahrzunehmen (vgl. Staub-Bernasconi 2007, S. 3).

Addams sprach davon, dass privilegierte Männer und Frauen wenigstens dazu beitragen könnten, Bildung auch den Armen zugänglich zu machen, denn das Bildungsniveau

einer Bevölkerung wirke auf die Beschaffenheit einer Demokratie zurück (vlg. Schüler 2004, S. 60).

Nach Addams hat eine erfolgreiche Demokratie das aktive Engagement aller Bürger und Bürgerinnen zur Voraussetzung. Das Settlement sollte in diesem Zusammenhang eine unterstützende und vermittelnde Funktion im Hinblick auf soziale und politische Bedingungen einnehmen. Dadurch sollte das Selbsthilfepotential der Bewohner und Bewohnerinnen gestärkt werden. Den Nachbarn sollte die Arbeit demnach nicht abgenommen werden, sondern vielmehr sollte gemeinsam mit ihnen gearbeitet werden (vgl. Schüler 2004, S. 76).

5.3.3 Saul D. Alinsky und community organizing

Saul D. Alinsky wurde in einem jüdischen Elternhaus geboren und wuchs in einem Ghetto von Chicago auf. Obwohl er zur religiösen Erziehung seiner Eltern auf Distanz ging, prägte sie ihn nachhaltig, so dass er sein Leben lang auf die Zusammenarbeit mit religiösen Organisationen setzte (vgl. Szynka 2005, S. 17).

Alinsky gilt als Pionier der amerikanischen Gemeinwesenarbeit. Sein Einfluss auf die spätere theoretische und praktische Gemeinwesenarbeit war groß und reichte bis in den europäischen Raum hinein. Dennoch liefert seine Arbeit keinen bestimmten Theorieansatz und lässt sich auch schwer in gängige Konzepte einordnen (vgl. Hinte/Karas 1989, S. 20).

Sein Studium an der Chicago School of Sociology brach Alinsky vorzeitig ab, da sich die zu Beginn vor allem qualitativ ausgerichtete Forschung an der Chicago School vermehrt quantitativen Methoden zuwandte und dies für Alinsky nicht vereinbar war (vgl. Szynka 2005, S. 42). Alinsky strebte die Bekämpfung der Armut an. Den Schlüssel für mehr Macht und politische Einflussnahme sah er in einem solidarischen Zusammenschluss einer großen Anzahl von Menschen (vgl. Wagner 2013, S. 3):

„Demokratie an der Basis wird dann verwirklicht, wenn die benachteiligte Bevölkerung sich organisiert und solidarisch Macht ausübt, um ungerechte Verhältnisse zu beseitigen“ (Hinte et al. 1989 S. 20).

Alinsky setzte insbesondere auf das Prinzip der Selbstorganisation und der Beteiligung: den betroffenen Menschen sollten keine vorgefertigten Lösungen „von oben“ vorgeschrieben oder „von außen“ übergestülpt werden, sondern vielmehr sollten sie ihre Pflicht und ihr Recht auf Beteiligung wahrnehmen und sich gegen ungerechte Verhältnisse zur Wehr setzen. Er sah die Betroffenen als ExpertInnen ihrer Lebenswelt und als Subjekte an, die in der Lage sind, Organisationen selbst zu organisieren und zu kontrollieren. Achtung und Anerkennung und die Initiierung von Vertrauensbeziehungen waren dabei der Ausgangspunkt seiner Arbeit (vgl. Szynka 2005, S. 12).

Alinsky sah Bürgerorganisationen als Konfliktgruppen an, die Konflikte bewusst herbeiführen, um konstruktive Veränderungsprozesse zu bewirken (vgl. Hinte et al. 1989, S. 21).

1938 kam es zur Gründung des *Back oft he Yards Neighborhood Council (BYNC)*. Das Viertel *Back oft the Yards* liegt hinter den Schlachthöfen von Chicago, die seinerzeit weltweit die größten waren. Hier lebten insbesondere europäische Immigranten unter katastrophalen Lebens- und Arbeitsbedingungen. Alinsky gelang es, zwischen den Gewerkschaften und der Kirche zu vermitteln. Die Organisation etablierte sich rasch und konnte wesentliche Verbesserungen im Stadtteil erzielen. Anschließend kam es zur Gründung der Industrial Area Foundation (IAF), die ihrerseits keine Bürgerorganisation darstellte, sondern das Ziel verfolgte, landesweit Bürgerorganisationen anzuregen, zu beraten und zu unterstützen (vgl. Szynka 2006, S. 72f.).

Alinksy setzte sich für die individuelle Freiheit, die allgemeinen Menschenrechte und den Abbau von Herrschaftsverhältnissen ein (vgl. Alinksy 1973, S. 24 zit.n. Wagner 2013, S. 3).

5.4 Spezifische Formen und Ansätze der GWA

5.4.1 Formen der GWA

Konkret lässt sich GWA in Territoriale, Funktionale und Kategoriale GWA fassen.

Territoriale GWA meint ein sozial-räumliches Gebilde wie Nachbarschaft, Dorf, Gemeinde, Stadtteil, Siedlung. Dessen BewohnerInnen identifizieren sich dabei mit „ihrem“ Raum und sind den spezifischen Lebensbedingungen, die der Raum zur Verfügung stellt, gemeinsam unterworfen (vgl. Boulet et al. 1980, S. 293).

Funktionale GWA zeigt sich in den Funktionen, die ein Gemeinwesen zu bieten hat. Diese tragen dazu bei, die grundlegenden Bedürfnisse seiner Bewohner und Bewohnerinnen zu befriedigen. Obwohl alle Bewohner und Bewohnerinnen von diesen Faktoren gemeinsam betroffen sind, können hier individuelle Unterschiede, wie bspw. Schichtzugehörigkeit zum Tragen kommen. Insgesamt geht es um Wohn- und Arbeitsverhältnisse, Infrastruktur, den Zugang zu Bildung und Gesundheitsversorgung (ebd., S. 295).

Kategoriale GWA bezieht sich auf bestimmte Gruppen eines Gemeinwesen, die sich durch Merkmale wie Alter, nationale oder ethische Herkunft, Geschlecht etc. auszeichnen. In erster Linie wird hier personenorientiert gearbeitet, indem gezielt an Ressourcen und Problemen der betroffenen Gruppen angesetzt wird (vgl. Boulet et al. 1980, S. 298).

5.4.2 Ansätze und Konzepte der GWA

5.4.2.1 Wohlfahrtsstaatliche GWA

Der Ansatz der wohlfahrtsstaatlichen Gemeinwesenarbeit geht auf die britische Studiengruppe „The Calouste Gulbenkian Foundation“ der 1970er Jahre zurück. Im Hinblick auf den Wandel der gesellschaftlichen Verhältnisse stellte die Studiengruppe

die Wirksamkeit der bestehenden Dienstleistungen in Frage und forderte eine Neuorientierung (vgl. Hinte et al. 1989, S. 14).

Das Konzept zeigt also weniger Interesse an der Aktivierung des Selbsthilfepotentials der Bewohner und Bewohnerinnen, sondern setzt sich primär zum Ziel, die Dienstleistungsangebote innerhalb eines Wohnviertels zu verbessern. Dabei werden wesentliche Entscheidungen seitens der Institutionen getroffen. Die Betroffenen werden ausgeklammert und Konflikte über ihre Köpfe hinweg ausgetragen, womit sie lediglich eine passive Rolle einnehmen. Der Ansatz hört zwar auf die Bedürfnisse und Anliegen der Menschen – dieser Aspekt war neu und wurde fast als revolutionär bezeichnet – ungerechte Strukturen, Macht- und Herrschaftsfragen werden jedoch nicht thematisiert (ebd., S. 14f.).

5.4.2.2 Integrative GWA

Die in den 70er Jahre in Nordamerika gegründete integrative Gemeinwesenarbeit geht auf Murray G. Ross zurück. Er ging ebenso von der Grundannahme aus, dass die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen weitgehend akzeptabel und die Herrschafts- und Machtverhältnisse somit gerecht verteilt seien. Bestehende Probleme sollen auf dem Wege der Kommunikation und beständigen Kooperation aller Gruppen des Gemeinwesens bearbeitet und beseitigt werden. Murray geht es darum, dass sich die Menschen mit dem Gemeinwesen identifizieren und gleichermaßen für ihre Angelegenheiten verantwortlich sind. Als Grundlage für die Umsetzung und Verwirklichung dienen dabei gemeinsame Wertvorstellungen. Insgesamt wird das Gemeinwesen als harmonisches Ganzes definiert (vgl. Hinte et al. 1989, S. 15f.).

Kritisiert wird an diesem Ansatz, dass den Betroffenen die „erwünschten“ Denkmuster und Wertvorstellungen durch Professionelle eingetrichtert werden. Überdies wird die Bearbeitung gesellschaftlicher Ursachen, die für die Probleme der Menschen verantwortlich sind, außer Acht gelassen. Unerträgliche Zustände werden nur mittels konfliktfreier Gespräche und Kooperation abgemildert. Schließlich kann hier nicht von Partizipation gesprochen werden, wenn dies lediglich bedeutet, an der Umsetzung bereits feststehender Entscheidungen teilzuhaben (ebd., S. 17).

5.4.2.3 Aggressive GWA

Als Vertreter der aggressiven Gemeinwesenarbeit, die sich in den 1970er Jahren in Deutschland entwickelte, sind insbesondere C. W. Müller (1971) oder auch Specht (1971) und Alinsky (1973) zu nennen. In Anlehnung an den Marxismus soll die Arbeiterklasse auch innerhalb ihrer Wohnquartiere mobilisiert werden und gegen soziale Ungerechtigkeiten Widerstand leisten (vgl. Schnee et al. 2001, S. 7).

Dem aggressiven Ansatz geht es also grundsätzlich darum, die ungerechte Verteilung von Macht und Herrschaft innerhalb eines Wohnquartiers zu verändern, indem sich Minderheiten solidarisch zusammenschließen (vgl. Müller 1971, S. 232).

Da die Arbeiterklasse dem höchsten Leidensdruck ausgesetzt ist, sieht Müller in ihr ein großes Potential, die bestehenden Verhältnisse aufzubrechen. Als Interventionsstrategien kommen dabei insbesondere disruptive Tatiken zur Anwendung, die ihren Ausdruck in Verletzungen von Verkehrsregeln und gesetzlichen Normen finden, so z.B. Demonstrationen, ziviler Ungehorsam, Streiks (ebd., S. 238).

Insgesamt zeigte sich, dass sich die Theorie in der Praxis nicht bewährte. Man überschätzte die Möglichkeiten einer kontinuierlichen und breit angelegten Mobilisierung von Minderheiten, da der subjektive Leidensdruck der Menschen häufig vom theoretisch erhobenen abwich. Dies hatte zur Folge, dass es kaum zu durchschlagenden Erfolgen kam. Zum anderen fehlte es an einer Aktivierung der Betroffenen im Vorfeld. Der Ansatz vertritt jedoch die Annahme, dass sich ein Gemeinwesen nicht auf eine harmonische Einheit reduzieren lässt, sondern aus einer Vielzahl von unterschiedlichen Interessen und Bedürfnissen besteht (vgl. Hinte et al. 1989, S. 18f.).

5.4.2.4 Katalytisch-aktivierende GWA

Das Konzept der katalytisch-aktivierenden Gemeinwesenarbeit wurde 1971 von R. und H. Hauser entwickelt und später von A. Seippel (1976) und Hinte und Karas (1978)

aufgegriffen. Es zeichnet sich durch eine pragmatische Akzentuierung aus und versucht, die zuvor dargestellten Modelle zu vereinen (vgl. Hinte et al. 1989, S. 23).

Der Ansatz erhebt den Anspruch einer herrschaftsfreien Gesellschaft, in der die Identifikation mit Problemen anderer und Solidarität einen hohen Stellenwert einnehmen. Zentraler Gedanke ist dabei die Gruppenselbsthilfe. Menschen sollen sich zusammenschließen und sich über den gemeinsamen Austausch für ihre Bedürfnisse und Interessen stark machen. Die vermehrte Organisation derartiger Gruppierungen soll die bundes- und landespolitische Einflussnahme der Betroffenen zum Ziel haben. Unterstützend soll es dabei Anlaufstellen in jedem Gemeinwesen geben, die den Menschen beratend zur Seite stehen und der Herausbildung von sozialen Netzwerken dienen (ebd., S. 23.ff.).

Die Professionellen sind dabei Katalysatoren, d. h., sie bewirken Reaktionen, verändern sich jedoch nicht selbst, sie nehmen eine anregende und unterstützende Funktion ein (vgl. Hinte et al. 1989, S. 23.).

Voraussetzung für nachhaltiges selbstbestimmtes Handeln ist das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, das durch positive Lernerfahrungen entsteht. Die katalytisch-aktivierende Gemeinwesenarbeit bietet den Menschen hier einen Schonraum, indem sie ihre Fähigkeiten weitgehend risikofrei erproben können (ebd., S. 25).

Insgesamt zeichnet sich das Konzept dadurch aus, dass sich Menschen auf der Basis gemeinsamer Grundwerte selbstbestimmt und -organisiert für ihre Rechte einsetzen. Dabei wird jedoch nicht außer Acht gelassen, dass eine Veränderung ungerechter Machtverhältnisse bei jenen Menschen ansetzen muss, welche diese verursachen (vgl. Hinte et al. 1989, S. 26).

5.5 Methoden der GWA

Gemeinwesenarbeit bedient sich unterschiedlicher Methoden aus der sozialen Arbeit, der Sozialforschung und der Politik, um die Bedarfslagen, aber auch die Potentiale eines

Stadtteiles und seiner BewohnerInnen zu identifizieren. Aufgrund der methodischen Vielfalt können zum einen viele Möglichkeiten für partizipatives Handeln zur Verfügung gestellt werden. Zum anderen können Meinungen und Einschätzungen im Stadtteil aufgespürt und dadurch soziale Konflikte frühzeitig erkannt werden (vgl. Oelschlägel 2011, o.S.). Im Folgenden sollen einige zentrale Methoden näher erläutert werden.

5.5.1 Gemeinwesenbeobachtung

Bei der Gemeinwesenbeobachtung wird das Augenmerk sowohl auf sichtbare Dinge, wie Häuser, Straßen, Verkehr, Geschäfte, als auch auf weniger sichtbare Gegebenheiten, wie die Interaktion und Kommunikation der Menschen untereinander gerichtet. Auf diese Weise ist es möglich, wertvolle Informationen über das soziale Klima des Gemeinwesens zu erhalten. Die Gemeinwesenbeobachtung kann auch Aufschluss über bevorzugte Treffpunkte geben und neue Versammlungsmöglichkeiten erschließen. Nützliche Hinweise über das Gemeinwesen lassen sich außerdem in lokalen Tageszeitungen und Zeitungsarchiven finden (vgl. Hinte et al. 1989, S. 47).

Die Gemeinwesenbeobachtung findet im Zuge eines systematischen Spaziergangs durch das Gemeinwesen statt. Dabei werden subjektive Eindrücke und Beobachtungen, wie Ausstattung der Infrastruktur, räumliche und bauliche Situation, Nutzung des öffentlichen Raumes, Vorhandensein von Einrichtungen, Organisationen und dgl. gesammelt, reflektiert und festgehalten (vgl. Stoik 2009, o.S.).

Diese werden dann mit Experteninterviews, Gesprächen und statistischem Datenmaterial verknüpft mit dem Ziel, das Gemeinwesen möglichst in seiner Gesamtheit zu erfassen. Dabei wird der Blick sowohl auf Stärken als auch auf Schwächen des Gemeinwesens gelenkt (vgl. Schnee 2004, S. 48).

5.5.2 Sozialraumanalyse

Pleiner/Thies definieren Sozialraumanalyse

> *„als Vorbedingung für die nachhaltige sozial-, raum- und bauplanerische Gestaltung von Stadtteilen und Quartieren im Allgemeinen und von 'Sozialen Brennpunkten' im Besonderen"* (Pleiner et al. 2005, S. 208).

Die Sozialraumanalyse ermöglicht das Aufzeigen spezifischer sozialer Problemlagen und den Vergleich verschiedener Sozialräume im Hinblick auf ihre Entwicklung. Auf diese Weise lassen sich sowohl Stärken und Potentiale, aber auch Schwächen und Defizite einzelner Quartiere feststellen (vgl. Verein für Sozialplanung 1998, o.S.).

Riege/Schubert (2005) verweisen auf zwei Typen der Sozialraumanalyse (vgl. Riege et al. 2005, S. 44ff.):

Bei der *gesamtstädtischen Analyse* handelt es sich um einen quantitativen Ansatz, mit dem Ziel, spezielle städtische Gebiete zu erkennen bzw. Stadtteile systematisch miteinander zu vergleichen. Dazu werden sozioökonomische Merkmale, wie Geschlecht, Bildung, Einkommen, Beruf u. dgl. herangezogen. Auf diese Weise ist es möglich, Stadtgebiete zu identifizieren, die einen besonderen Handlungs- und Entwicklungsbedarf aufweisen.

Der Ansatz *Differenzierung eines Stadtgebietes nach innen* ist sowohl quantitativ als auch qualitativ ausgerichtet und will die inneren Strukturen und Qualitäten eines städtischen Gebietes analysieren. Um die Lebenswelten der Menschen zu erschließen ist dabei nicht nur eine strukturanalytische, sondern auch eine verhaltensanalytische Herangehensweise erforderlich, die an fünf Ebenen ansetzt:

1. Physische Raumabgrenzung
2. Sozialstrukturelle Datenanalysen
3. Bestandsbeschreibung von Ressourcen, Potentialen und Problemen
4. Bestandsaufnahme der Lebens- und Nutzungsräume
5. Position im Siedlungsgefüge

Um die Komplexität eines Sozialraumes ganzheitlich zu erfassen, werden folgende Methoden angewandt (vgl. Deinet 2009):

- Stadtteilbegehung
- Stadtteilbegehungen mit Kindern und Jugendlichen
- Befragung von Schlüsselpersonen
- Nadelmethode
- Subjektive Landkarten
- Autofotografie
- Cliquenraster
- Zeitbudgets von Kindern und Jugendlichen
- Fremdbilderkundung

Die Qualität einer Sozialraumanalyse wird jedoch nicht über den Einsatz der Methoden sichtbar, sondern auch über die Haltungen der Fachkräfte. Beobachten, Verstehen, Interpretieren, das Entdecken von Möglichkeiten, aber auch Einschränkungen der Raumgestaltung, das Wahrnehmen der Menschen als Experten ihrer Lebenswelt, ein geschlechtssensibler Zugang und realistische Erwartungen vor allem bei Kindern und Jugendlichen in ihrer Gestaltungsmöglichkeit, sind hier zu nennen (vgl. Deinet 2009a, S. 47f.).

5.5.3 Aktivierende Befragung

Die Aktivierende Befragung findet seit 25 Jahren insbesondere im deutschsprachigen Raum Anwendung. Das Konzept setzt sich zum Ziel, die Lebensbedingungen von Menschen zu verändern bzw. zu verbessern, indem sie sich an der Gestaltung ihres Gemeinwesens aktiv beteiligen. Die GemeinwesenarbeiterInnen wirken dabei in die Lebenswelt der Betroffenen hinein, aber auch in die Welt von Politik, Wirtschaft, sozialen Einrichtungen und Verwaltung (vgl. Schnee 2004, S. 49).

Die Aktivierende Befragung setzt sich aus drei Phasen zusammen: Den Anfang bilden das Anliegenstadium und die Voruntersuchung. In dieser Phase geht es darum, welche Probleme aufgegriffen und welche Ziele damit erreicht werden sollen. Danach werden Informationen über das Gemeinwesen erhoben. Dies erfolgt in der Regel durch die Gemeinwesenbeobachtung (vgl. Hinte et al. 1989, S. 50f.).

In der zweiten Phase, der Hauptuntersuchung, werden zunächst ExpertInnen aus Verwaltung, Wirtschaft, Politik und BewohnerInnen, die lokale Größen darstellen, befragt. Die Befragung dient zum einen der Information über das geplante Vorhaben. Zum anderen soll das Unterstützungspotential der EntscheidungsträgerInnen aktiviert werden (vgl. Schnee 2004, S. 51). Die Expertenbefragung bedient sich vorwiegend offener Fragen, um nicht den Eindruck zu erwecken, die Probleme der Menschen bereits zu kennen. Überdies ist diese Fragetechnik besser dazu geeignet, die Emotionen der Menschen zum Ausdruck zu bringen (ebd., S. 55).

Im zweiten Stadium der Hauptuntersuchung werden die Betroffenen befragt. Die betroffenen Personen werden zu Hause aufgesucht, wobei sie zuvor über die Befragung schriftlich informiert werden. In der Regel werden Einzelinterviews durchgeführt, wobei Interviews unter Gleichgesinnten den Menschen die Scheu nehmen und häufig eine emotionale Diskussion zur Folge haben. Dabei können sich auch gegensätzliche Sichtweisen zeigen, die Konflikte im Gemeinwesen erkennen lassen. Ein zentrales Prinzip der Aktivierenden Befragung ist die Rolle der Befragenden: Sie zeichnen sich grundsätzlich durch Unwissenheit aus und verhalten sich interessiert, aber zurückhaltend, d. h. die Befragten werden als Experten ihrer Lebenswelt angesehen und bestimmen den Gesprächsverlauf. Dies lässt viel Raum für freies Erzählen und das Aufspüren von emotionaler Betroffenheit (vgl. Hinte et al. 1989, S. 57ff.).

In der letzten Phase, der Versammlung und Gruppenbildung, werden die Ergebnisse ausgewertet und beurteilt. Die beteiligten Personen haben im Zuge dessen die Möglichkeit, sich von allen sie belastenden Themen zu befreien, indem sie sich frei äußern dürfen. Danach soll es im Idealfall zur Bildung von Gruppen kommen, die professionell begleitet und unterstützt werden (vgl. Schnee 2004, S. 51).

5.5.4 Soziale Inszenierung

Der Begriff der Sozialen Inszenierung geht auf Konrad Maier (2005) zurück und stellt eine Methode dar, um alltägliche Bedürfnisse und Wünsche der Menschen öffentlich in Szene zu setzen (vgl. Bassena o.J., o.S.).

Gemeinwesenarbeit will konsumfreie, niederschwellige, geschützte und zensurfreie Räume und Treffpunkte schaffen. Dadurch sollen Menschen angeregt, motiviert und provoziert werden, über ihre Interessen und Probleme nachzudenken und sie in Kooperation mit Verwaltung, Politik, Wirtschaft und anderen BewohnerInnen zu bearbeiten. Aktionen im öffentlichen und halböffentlichen Raum, wie Ausstellungen, gemeinsame Frühstücke, Feste etc. sollen dabei Veränderungsprozesse in Gang setzen (vgl. Schnee 2006, o.S.).

5.5.5 Moderation

„Moderation ist ein Instrument, welches die Kommunikation in Teams in der Art und Weise unterstützt und ordnet, dass die Ressourcen der Teilnehmer bestmöglich zum Einsatz kommen“ (Gabler Wirtschaftslexikon o.J., o.S.).

Die Moderation ist insbesondere dann zweckmäßig, wenn die Beteiligung und Einbindung verschiedener AkteurInnen erwünscht ist und die fachlichen und kreativen Fähigkeiten der Beteiligten bestmöglich genutzt werden sollen (vgl. Terpitz 2012, o.S.).

Die Methode zeichnet sich durch einen aktivierenden Aspekt aus, alle Beteiligten finden Gehör und können ihre Ideen einbringen. Auf diesem Wege wird es möglich, Entscheidungs- und Lösungswege systematisch zu planen (ebd., o.S.).

Die ModeratorInnen nehmen dabei eine neutrale und überparteiliche Rolle ein mit dem Ziel, eine Kommunikation „auf gleicher Augenhöhe“ zu gewährleisten (Terpitz 2012, o.S.):

„Der Moderator bietet Hilfen methodischer Art zur Problemlösung oder auch Konfliktregelung an, ohne dabei inhaltlich Stellung zu beziehen bzw. Partei zu ergreifen“ (Gabler Wirtschaftslexikon o.J., o.S.).

5.5.6 Konfliktbearbeitung

> *„Gemeinwesenarbeit stellt […] ein komplexes Konfliktbearbeitungsmodell dar, indem Konflikte als Ausdruck eines funktionierenden demokratischen Systems und als Grundlage für den sozialen Wandel in modernen Gesellschaften verstanden werden. Durch Konflikte werden gesellschaftliche Entwicklungstatsachen öffentlich sichtbar und verhandelbar"* (Krisch et al. 2011, S. 15).

Menschen, die in einem Gemeinwesen, einem Stadtteil oder einem Quartier leben, haben unterschiedliche Interessen, Bedürfnisse und Probleme. Dies kann zu Spannungen und Konflikten führen. Dabei kann es sich einerseits um latente Konflikte handeln, die aus verschiedenen Gründen nicht offen ausgesprochen werden, bspw. weil die Betroffenen Ängste vor dem Konfliktverlauf oder Konfliktergebnis haben. Andererseits kann es zu *offenen* Konflikten kommen, d. h., die Beteiligten kennen sich untereinander und stehen dazu, dass sie Gegner sind (vgl. Hinte et al. 1989, S. 114f.).

Konflikte entstehen häufig dadurch intergenerative Ursachen. Während Kinder und Jugendliche ihre Wohnumgebung insbesondere zur Freizeitgestaltung nutzen, wollen sich ältere Menschen und Berufsstätige erholen. Aber auch jenseits von generationenübergreifenden Ursachen können sich Konflikte manifestieren. Häufig ist Lärm der Auslöser für Nachbarschaftsstreitigkeiten, da in Gemeindebauten viele Menschen auf engstem Raum zusammenleben und die Wände meist lärmdurchlässig sind. Zudem tragen kulturelle und sozioökonomische Unterschiede dazu bei, dass Spannungen und Auseinandersetzungen entstehen (vgl. Stoik 2000, S. 139f.).

Gemeinwesenarbeit stellt sich diesen Konflikten, indem sie sie wahrnimmt und konstruktiv bearbeitet. Dabei geht es aber nicht nur darum, Konflikte zwischen den unmittelbar Beteiligten zu lösen, sondern auch Interessensgegensätze im administrativen, politischen und ökonomischen Bereich aufzuzeigen und auszuhandeln (vgl. Krisch et al. 2011, S. 39).

Die Konfliktbearbeitung bedient sich eines breiten Methodenrepertoires. Dazu zählen u. a. Beratung, Mediation und Methoden der Gemeinwesenarbeit, wie Stiegenhausgespräche, Vernetzungsplattformen und Hofpalaver. Die bewusste wechselseitige Information aller Beteiligten ist dabei ebenso wesentlich, wie ein respektvoller und wertschätzender Umgang miteinander (ebd., S. 39).

5.5.7 Öffentlichkeitsarbeit

Öffentlichkeitsarbeit nimmt in der Gemeinwesenarbeit einen hohen Stellenwert ein. Sie dient dazu, das Gemeinwesen oder den Stadtteil öffentlich zu präsentieren, indem Informationen, Aktivitäten und Veränderungsprozesse nach außen transportiert und damit der Allgemeinheit zugänglich gemacht werden. Dadurch kann das Image eines bestimmten Stadtteils, das häufig durch die lokale Berichterstattung eine „Abwärtsdynamik" erfährt, verbessert werden (vgl. Oelschlägel 2011, o.S.):

> *„Wenn die 'Aufwärtsdynamik' in Gang gesetzt werden soll, dann geschieht das aus dem Stadtteil heraus. Die Impulse und Anregungen aus dem Stadtteil müssen öffentlich gemacht werden"* (ebd., o.S.).

> *„Somit geht es um die Veröffentlichung von Interessen, andererseits kann aber auch die Notwendigkeit bestehen, Menschen und Gruppen vor Öffentlichkeit zu schützen, wenn dies sonst zu Stigmatisierung führen kann. Gemeinwesenarbeit hat also die Aufgabe, Menschen bei der Organisation und Veröffentlichung von Interessen zu fördern"* (Krisch et al. 2011, S. 15).

Um die Ursachen von Ungleichheiten aufzuzeigen und zu thematisieren kommen in der Öffentlichkeitsarbeit je nach Bedarf verschiedenste Medien, wie Stadtteilzeitungen, Broschüren, Internetauftritte, Pressemeldungen, Mittteilungsblätter und dergleichen zur Anwendung (vgl. Prauser 2005, S. 199).

5.6 Arbeitsprinzipien der GWA

5.6.1 Non-direktive Pädagogik

> *„GWA ist […] stets non-direktiv gedacht, d.h. es gilt nicht gemäß den eigenen Vorstellungen zu belehren, sondern die Anliegen der Personen und deren Gestaltungswillen zu erkennen“* (Heimgartner 2009, S. 14).

Das Konzept der non-direktiven Pädagogik sieht Menschen nicht als defizitäre Wesen, die erzogen und geformt werden müssen, sondern vertraut auf ihre Eigenkräfte. Das bedeutet, dass Lernprozesse möglichst entscheidungsfrei gestaltet werden müssen, damit sich die Potentiale der Lernenden entfalten können (vgl. Hinte 2001a, S. 45).

Im Fokus stehen nicht Zielvorgaben und Bildungsvorstellungen seitens der Lehrenden, sondern Bedürfnisse, Interessen und Ängste der Menschen, die frei geäußert werden dürfen. Die PädagogInnen haben dabei die Aufgabe, eine vertrauensvolle und angenehme Atmosphäre zu schaffen, die ein spontanes und konstruktives Lernen ermöglicht. Gleichzeitig nehmen sie – sofern erwünscht - eine unterstützende Funktion ein (ebd., S. 46f.).

Non-direktive Pädagogik meint

> *„eine Einstellung beim Pädagogen, die den anderen ernst nimmt, ihn in seiner Verantwortlichkeit für sich belässt und gleichzeitig eigene Werte, Überzeugungen und Bedürfnisse nicht zurückstellt“* (Hinte 2001a, S. 48).

5.6.2 Niederschwelliger Zugang

Der Begriff Niederschwelligkeit wird in der Sozialen Arbeit häufig benützt und weist eine enge Verknüpfung mit der Lebensweltorientierung auf. Einrichtungen, Maßnahmen und Angebote zeichnen sich durch Alltagsnähe, eine explizite Reduktion von Zugangsbarrieren, Ganzheitlichkeit und Dezentralisierung aus (vgl. Krisch et al. 2011, S. 30).

Auch in der Gemeinwesenarbeit sind niederschwellige Zugänge zentral:

> *„Die GWA will zunächst vor Ort sein, möglichst nahe und niederschwellig in den Wohnbereichen der Menschen. Sie bezieht sich dabei wesentlich auf den öffentlichen Raum und die eigenen räumlichen Möglichkeiten, etwa in Form von Treffs, eines Zentrums oder eines Nachbarschaftshauses, nicht jedoch auf die privaten Räume (z.B. Wohnungen von Familien, Betriebsgebäude)"* (Heimgartner 2009, S. 14).

Niederschwellige Zugänge sollen dazu beitragen, dass Unsicherheiten und Versagensängste der BewohnerInnen weitgehend in den Hintergrund treten. Betroffene sollen durch einen offenen, leichten und freiwilligen Zugang zur Kontaktaufnahme motiviert werden:

> *„Niederschwellig – das heißt zum einen: sie [Anm.d.Verf.: die Raumangebote] müssen leicht erreichbar sein und man muss gern hinein gehen. Lage und Ausstattung müssen passen. Zum anderen: es wird nichts erwartet, keine Leistung, keine Frage, man soll nur herein kommen und wird gern gesehen. Ohne einen solchen Raum, der im wahrsten Sinne Ermöglichungsraum ist, ist es schwer, erfolgreiche GWA zu machen"* (Oelschlägel 2011, o.S.).

Gemeinwesenarbeit schafft Kommunikationsräume, die Begegnung und Austausch ermöglichen, ohne Termin, Eintrittsgeld oder bereits definiertes Problem (vgl. Stövesand/Stoik 2015, S. o.S.).

5.6.3 Zielgruppen- und ressortübergreifendes Handeln

Gemeinwesenarbeit ist grundsätzlich zielgruppenübergreifend ausgerichtet. Dies bedeutet, dass ihre Aktivitäten sich an Bedürfnissen orientieren, die viele unterschiedliche Menschen eines Sozialraumes betreffen (vgl. Lüttringhaus 2001, S. 264). Zielgruppenübergreifendes Arbeiten zeigt sich bspw. im Organisieren von Stadtteilfesten, im Aktivierungskontext oder in der Bildungsarbeit (vgl. Schönig 2012, S. 37).

In der Praxis zeigt sich jedoch, dass auch zielgruppenbezogenes Arbeiten an Relevanz zunimmt. Einzelne Gruppen, wie junge und alte Menschen, MigrantInnen, Männer und

Frauen gehen meist davon aus, dass sie mit ihren Problemen alleine dastehen. Gemeinwesenarbeit leistet hier einen wesentlichen Beitrag, indem sie aufzeigt, dass auch andere im Gemeinwesen unter ähnlichen Bedingungen leben und sie gemeinsam etwas bewirken können. Insgesamt ist und bleibt Gemeinwesenarbeit jedoch zielgruppenübergreifend (ebd., S. 37f.).

Um einen Beitrag zu einer besseren Lebensqualität im sozialen Raum leisten zu können, muss Gemeinwesenarbeit auch bereichsübergreifend vorgehen. Es geht also nicht darum ausschließlich „Soziales" zu thematisieren, sondern auch Bereiche wie Bildung, Kultur, Arbeit, Wohnen, Freizeit etc. in den Blick zu nehmen (vgl. Lüttringhaus 2001, S. 265).

Dabei nimmt die Kooperation und Vernetzung mit VertreterInnen aus Wirtschaft, Politik und Verwaltung einen hohen Stellenwert ein (vgl. Homfeldt 2005, S. 147).

5.6.4 Kooperation, Vernetzung und Intermediarität

> *„Soziale Netzwerkarbeit zielt darauf ab, entweder nicht hinreichende oder brüchige Netzwerke von Klienten zu stabilisieren und auszubauen bzw. innerhalb der Netzwerke vorhandene Potentiale zu identifizieren und zu nutzen"* (Galuske 2007, S. 306).

In der Literatur wird zwischen primären (Mikroebene), sekundären (Makroebene) und tertiären (Mesoebene) Netzwerken unterschieden. Zu den primären Netzwerken zählen die Familie, Verwandte, Nachbarn und Freunde. Bei den sekundären Netzwerken handelt es sich um Institutionen, wie Arbeitsplatz, Bildungssystem und Freizeiteinrichtungen. Die tertiären Netzwerke sind zwischen dem privaten und dem öffentlichen Bereich verortet (ebd., S. 307f.).

Eine nachhaltige Verbesserung der Lebensqualität setzt gemeinsames Handeln voraus (Homfeldt 2005, S. 147).

Im Fokus der Gemeinwesenarbeit steht daher die Entwicklung und Stärkung sozialer Netzwerke der BewohnerInnen und der Professionellen. Vernetzung wird dabei nicht

als Ziel, sondern als Mittel angesehen, um gemeinsame Lösungsansätze zu entwickeln. Dabei geht es nicht primär darum „Daueraktive“ zu entwickeln, sondern ein Netz zu schaffen, auf das im Bedarfsfall zurückgegriffen werden kann. Dies soll durch das Vorhandensein einer Infrastruktur unterstützt werden, die niederschwellige Alltagskontakte zulässt und die Entwicklung und Erweiterung von sozialen Netzen fördert (vgl. Lüttringhaus 2001, S. 265f.).

Soziale Netzwerkarbeit

> *„unterstützt die Entwicklung kollektiver Handlungskompetenzen, wodurch Bedürfnisse und Interessen von Menschen öffentlich diskutier- und verhandelbar werden. Ebenso werden durch die Soziale Netzwerkarbeit auch Ressourcen mobilisiert, die außerhalb von Individuen und deren sozialen Netzwerken liegen, die aber einen sozialpolitischen Handlungsbedarf bei sozialen Ungleichheiten nicht ersetzten können“* (Krisch et al. 2011, S. 38).

Stadtteilbüros, Bürgerhäuser, Initiativen, Vereine, Kirchen etc. fungieren dabei als Brückeninstanzen, um unterschiedliche Sektoren und AkteurInnen miteinander zu vernetzen und eine „Entwicklung von unten“ aktiv zu fördern (vgl. vgl. Ries/Elsen/Steinmetz/Homfeldt 1997, S. 22f.).

Gemeinwesenarbeit fungiert nicht grundsätzlich als Sprachrohr der Menschen, sondern will sie dazu befähigen, ihre Bedürfnisse zu identifizieren und sich für ihre Anliegen einzusetzen. Dabei ergibt sich manchmal die Notwendigkeit vermittelnd tätig zu werden, wenn BewohnerInnen und VertreterInnen aus Verwaltung und Politik eine andere Sprache sprechen. Gemeinwesenarbeit übersetzt dann die Sprache der Menschen ins Bürokratendeutsch und schafft damit zwischen den Beteiligten eine Gesprächsbasis auf Augenhöhe (vgl. Oelschlägel 2011, o.S.).

5.6.5 Interdisziplinarität

Gemeinwesenarbeit zeichnet sich durch Interdisziplinarität aus, das heißt, es wird mit wissenschaftlichen Disziplinen, wie bspw. den Sozialwissenschaften, der Psychologie,

den Erziehungswissenschaften etc. zusammengearbeitet und deren Theorien werden eingegliedert. Sie ist nicht in methodische Bereiche gegliedert, sondern arbeitet mit unterschiedlichen Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik, der Sozialforschung, der Psychologie und des politischen Handelns. Gemeinwesenarbeit wird daher nicht mehr als 'Dritte Methode' der Sozialarbeit angesehen und somit existiert auch nicht eine einzige Form der Gemeinwesenarbeit, sondern es lassen sich zahlreiche verschiedene Optionen von Gemeinwesenarbeit finden, wobei sie sich immer an der örtlichen Richtigkeit orientiert (vgl. Oelschlägel 2005, S. 653).

5.6.6 Lebensweltorientierung

Die Begriffe Lebenswelt und Alltag werden in den Sozialwissenschaften meist synonym verwendet. Lebenswelt lässt sich definieren als

> „*der Ort, wo das Individuum oder die Gruppe handelt. Sie ist der Raum täglicher Aktionen der Menschen. Damit ist sie Schnittpunkt von Individuum und Gesellschaft"* (Oelschlägel 2001, S. 40).

Das Konzept wendet sich von einer herkömmlichen defizitorientierten und individualisierenden Sichtweise ab und orientiert sich an Stärken und Schwächen, an Problemen und Chancen in der Lebenswelt der Menschen. Daraus leitet lebensweltorientierte soziale Arbeit ihr Handlungsrepertoire ab, das zwischen Vertrauen und niedrigschwelligen Zugängen und einer gemeinsamen Ausarbeitung von Lösungen angesiedelt ist. Dabei muss ein Gleichgewicht zwischen gegebenen individuellen Lebensplänen der Betroffenen und einem unterstützenden Eingreifen seitens der Professionellen gewährleistet sein (vgl. Thiersch et al. 2012, S. 175).

Lebenswelt stellt einen Möglichkeitsraum dar, das bedeutet, dass in gleichen Situationen alternative Handlungen möglich sind. Die Professionellen haben dabei einerseits die Aufgabe, die politischen, sozialen und kulturellen Möglichkeiten der Lebenswelt zu erkennen, diese zu erweitern oder zu entwickeln und andererseits Behinderungen zu beseitigen, um die Handlungsalternativen der Menschen zu vergrößern. Im positiven Sinne hieße das ein Sich-Aneignen der Lebenswelt, im

negativen Sinne ein Sich-Einrichten, was jedoch den Verzicht auf Möglichkeiten impliziert (vgl. Oelschlägel 2001, S. 40f.).

Lebensweltorientierung basiert auf expliziten Handlungsmaximen (Thiersch et al. 2012, S. 188f.):

- Prävention steht nicht für Reaktion, sondern für frühzeitiges Agieren
- Alltagsnähe meint vor dem Hintergrund einer ganzheitlichen Orientierung von Angeboten, dass diese in der Lebenswelt der Betroffenen auch leicht erreichbar und niedrigschwellig gestaltet sind
- Dezentralisierung meint die Sicherstellung von Hilfen vor Ort, damit sie mit vorhandenen Angeboten ergänzt werden können
- Integration wendet sich gegen Ausgrenzung und Diskriminierung und fordert das Akzeptieren und Respektieren von Unterschiedlichkeit, bei gleichzeitiger Gewährleistung von Rechten und Ressourcen
- Partizipation ist auf die Möglichkeit von Beteiligung und Mitbestimmung ausgerichtet

> *„Die zentrale Leistung eines Lebensweltkonzeptes besteht darin, dass die Art und Weise erforscht, verändert und gestaltet werden kann, in der sich die alltägliche Daseinsgestaltung – und mit der hat es GWA zu tun – der Menschen vollzieht“* (Oelschlägel 2001, S. 40).

Lebensweltorientierte Soziale Arbeit will zu einem gelingenderen Alltag der Menschen beitragen. Dies soll durch die Stärkung ihrer Potentiale und die Überwindung ihrer Defizite verwirklich werden. Den Betroffenen soll über den Rückgriff auf ihre eigenen Fähigkeiten ein weitgehend selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben ermöglicht werden (vgl. Grundwald/Thiersch 2011, S. 854).

5.6.7 Bedürfnis- und Interessensorientierung

> *„Menschen haben Fähigkeiten und Bedürfnisse. Die sehr unterschiedlich verteilten Lebenschancen bedingen nicht nur die Möglichkeit zur Entfaltung der vielfältigen menschlichen Begabung und der Befriedigung von Bedürfnissen, sondern auch die*

Möglichkeit der Menschen, diese Lebenschancen als solche wahrzunehmen“ (Ries et. al. 1997, S. 19).

Die Orientierung an den Bedürfnissen, Interessen, Wünschen und Problemen der Menschen ist ein wesentliches Arbeitsprinzip der Gemeinwesenarbeit, wenn es darum geht, einen Beitrag zur Verbesserung ihrer Lebensbedingungen zu leisten. Gemeinwesenarbeit orientiert sich dabei grundsätzlich an der Betroffenheit der Menschen, d. h., auch die scheinbar kleinen Bedarfe werden ernst genommen und aufgegriffen. Auf diesem Wege ist es möglich, die Motivation nach Veränderung zu finden und zu fördern (vgl. Lüttringhaus 2001, S. 264).

Um die Lebenschancen der Menschen in benachteiligten Stadtteilen zu verbessern, muss Gemeinwesenarbeit ihre Handlungsfähigkeiten erweitern und sich in Bereiche einmischen, die primär für Benachteiligung verantwortlich sind (Ries et al. 1997, S. 20).

Dabei geht es nicht um die Bevormundung der Menschen, sondern um die gemeinsame Erarbeitung von integrativen Lösungsansätzen, die sich an den Möglichkeiten des Gemeinwesen, des Stadtteils orientieren (vgl. Homfeldt 2005, S. 147).

Wesentlich ist das Miteinbeziehen der Betroffenen in alle Problemlösungs- und Entwicklungsprozesse. Dreh- und Angelpunkt ist die Erkenntnis, dass die Menschen selbst am besten wissen, was sie brauchen, wenn auf Beteiligung gegen Benachteiligung gesetzt wird (Ries et al. 1997, S. 20).

5.6.8 Ressourcenorientierung und -erschließung

„Als Ressourcen werden vorhandene, oft blockierte oder nicht wahrgenommene Quellen von Handlungsmöglichkeiten angesehen“ (Krisch et al. 2011, S. 31).

Die Orientierung an und Erschließung von Ressourcen nimmt in der Sozialen Arbeit, wie auch in der Gemeinwesenarbeit, einen hohen Stellenwert ein. Ressourcen sind für die Befriedigung von biologischen, seelischen und sozialen Bedürfnissen lebensnotwendig. Sie sind nicht nur Bedingung für körperliches und psychisches

Überleben, sondern dienen auch dazu, dass Menschen ihren Lebensalltag leichter und angenehmer gestalten können. Da Ressourcen, wie Geld, Wohnraum, Arbeit und der Zugang zu Bildung jedoch knappe Güter darstellen, sind sie nicht für alle Menschen gleichermaßen verfügbar (vgl. Staub-Bernasconi 2005, S. 1507).

Herriger (2014) unterscheidet drei Arten von Ressourcen (vgl Herriger 2014, S. 3):

- Strukturelle Ressourcen umfassen das ökonomische, kulturelle, symbolische und ökologische Kapital. Sie sind abhängig von der jeweiligen sozialen Lage eines Menschen bzw. der Familie und bestimmen das Ausmaß von sozialer Anerkennung, Sicherheit und Gestaltungsvermögen

- Zu den personalen Ressourcen zählen Beziehungsfähigkeiten, Selbstwertüberzeugung und Selbstakzeptanz, die flexible Anpassung an Lebensumbrüche, der aktive Umgang mit Problemen, die internale Kontrollüberzeugung und die Veröffentlichungsbereitschaft

- Soziale Ressourcen kommen in emotionaler, instrumenteller, kognitiver (informationeller) Unterstützung, der Aufrechterhaltung der sozialen Identität und der Vermittlung von neuen sozialen Kontakten zum Ausdruck

Gemeinwesenarbeit setzt sich zum Ziel, die verfügbaren Ressourcen und Potentiale eines Gemeinwesens und seiner Bewohner zu nutzen, zu aktivieren und zu fördern. Sie setzt sowohl bei personellen und sozialen Stärken und Fähigkeiten an, als auch bei Räumen, Ideen und Geldern im infrastrukturellen und materiellen Bereich. Überdies sollen auch institutionell verankerte Potentiale aufgespürt und mit den lebensweltlichen vernetzt werden (vgl. Lüttringhaus 2001, S. 265):

> *„Mit dem Blick auf die Zugänglichkeit und Verfügung von ökonomischem, kulturellem, sozialem und symbolischen Kapital können soziale Ungleichheiten gezielt bearbeitet werden. Ressourcenorientierung wird aber aus fachlicher Perspektive nicht als Programm verstanden, dass lebensweltliche Ressourcen als Ersatz sozialstaatlicher Maßnahmen versteht“* (Krisch et al. 2011, S. 31).

Eine geeignete Methode, um die Ressourcen eines Gemeinwesens zu identifizieren, stellt bspw. die Aktivierende Befragung dar. Einerseits ist sie sehr zeitintensiv, andererseits bietet sie Professionellen die Möglichkeit, Betroffene nicht bloß als defizitäre „Klienten" zu sehen, sondern auch ihre Stärken, Kompetenzen und Fähigkeiten kennenzulernen (vgl. Hinte et al. 1989, S. 45).

5.7 Ziele

Gemeinwesenarbeit setzt sich aus emanzipatorischer Perspektive zum Ziel, das „innere" Gemeinwesen, also das eigentliche, vergesellschaftlichte menschliche Subjekt über das „äußere" Gemeinwesen, also die Lebensverhältnisse zum Ausdruck zu bringen (vgl. Boulet et al. 1980, S. 156f.).

5.7.1 Empowerment

Empowerment bedeutet *„Selbstbefähigung und Selbstbemächtigung, Stärkung von Eigenmacht, Autonomie und Selbstverfügung"* (Herriger 2014, S. 1) und stellt demnach keine Methode der Sozialen Arbeit, sondern eine Grundhaltung dar (Schnee 2004, S. 34).

Der Begriff, eingeführt aus der gemeindebezogenen Sozialen Arbeit der USA, kommt mittlerweile in vielen Bereiche der sozialen Arbeit zur Anwendung, bspw. in der Sozialpädagogik, der Gesundheitsförderung oder der Arbeit mit Behinderten. Auch wenn Empowerment in der Literatur unterschiedlich gedeutet wird, verweisen alle Definitionsversuche auf einen gemeinsamen Nenner: Menschen sollen im Erkennen und Wahrnehmen meist verschütteter Fähigkeiten und Kräfte unterstützt und zu einem selbstbestimmten und autonomen Leben befähigt werden (Herriger 2014, S. 1).

Empowerment lässt sich demnach definieren als *„das Anstiften zur (Wieder-)Aneignung von Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Lebens"* (ebd., S. 1):

> *„Empowerment meint den Prozess, innerhalb dessen Menschen sich ermutigt fühlen, ihre eigenen Angelegenheiten in die Hand zu nehmen, ihre eigenen Kräfte und Kompetenzen zu entdecken und ernst zu nehmen und den Wert selbst erarbeiteter Lösungen schätzen zu lernen. Empowerment bezieht sich auf einen Prozess, in dem die Kooperation von Personen, die von gleichen oder ähnlichen Problemen betroffen sind, zu synergetischen Effekten führt. Aus der Sicht professioneller und institutioneller Hilfen bedeutet die Empowermentperspektive die aktive Förderung solcher solidarischer Formen der Selbstorganisation“* (Keupp 2000, S. 34).

Die Professionellen fungieren dabei als MentorInnen. Dies bedeutet, die Abkehr von einem Verhältnis, das von Macht und Autorität geprägt ist und die Zuwendung zu einem wertschätzenden Dialog und zur gemeinsamen Ausarbeitung von Zukunftsvorstellungen (Herriger 2014, S. 2):

> *„Es geht also darum, die Struktur von (sozialer) Abhängigkeit […] so zu verändern, dass dem Klienten/der Klientin ermöglicht wird, Ressourcen und Potentiale (persönliche, materielle, gesellschaftliche) zu erschließen und für sich selber und das Gemeinwesen und die Gesellschaft nutzbar zu machen“* (Schnee 2004, S. 34).

Die Philosophie des Empowerments verzichtet auf vorschnelle Expertenurteile und auf feste Zielvorgaben. Menschen werden nicht als hilfebedürftige, sondern als autonome Wesen angesehen. Sie werden zur Eigentätigkeit und Selbstverantwortung ermutigt, wobei Vorstellungen, Wünsche und subjektive Befindlichkeiten Berücksichtigung finden (Herriger 2014, S. 2):

> *„Die Betroffenen sind die geeignetsten ExpertInnen für die Veränderung ihrer Situation, die Problemlösungskompetenz liegt bei ihnen. Interventionen der GemeinwesenarbeiterInnen konzentrieren sich nicht auf die Schwächen, sondern vielmehr auf die Stärken und die Möglichkeiten […] Das Verständnis zwischen GemeinwesenarbeiterInnen und Betroffenen ist durch den Dialog gekennzeichnet. Dieser Dialog ist unvereinbar mit autoritären, trivialen Formen, er ist Ausdruck einer partnerschaftlichen Haltung“* (Schnee 2004, S. 35f.).

Zentrale Ziele von Empowerment sind zum einen die Achtung von Selbstbestimmung und Autonomie der Betroffenen. Zum anderen geht es um dem Abbau von sozialer Ungleichheit sowohl im materiellen Bereich (Einkommensniveau und -sicherheit) als auch im immateriellen Bereich (Bildung, soziale Sicherung, Inklusion, Gesundheit).

Schließlich soll es zu einer Stärkung von Partizipationsrechten in der unmittelbaren Lebenswelt der Betroffenen kommen (Herriger 2014, S. 2).

5.7.2 Partizipation

Partizipation bedeutet im wörtlichen Sinne Teilhabe oder Teilnahme und ist Merkmal von demokratischen Gesellschaften. Aktuell steht der Begriff vor allem für die Beteiligung an politischen Entscheidungen und weniger für die *Teilhabe* an politischen Ergebnissen, wie bspw. die Partizipation an Wohlstand, Macht, Sicherheit und Freiheit (vgl. Schnurr 2005, S. 1330).

Partizipation in der Sozialen Arbeit steht für Teilnahme, Mitbestimmung, Mitverantwortung, Mitgestaltung und *Selbstorganisation* der AdressatInnen. Professionelle Soziale Arbeit ist zum einen grundsätzlich darauf ausgerichtet, zur Entwicklung von Menschen auf individueller und sozialer Ebene beizutragen. Besonderes Augenmerk wird hier auf Kinder und Jugendliche gerichtet. Zum anderen geht es ihr darum, sozial, ökonomisch oder individuell Benachteiligte in ihrer Integration zu unterstützen. Schließlich sollen Menschen in krisenbehafteten Situationen Hilfe erfahren, um Desintegration und Deklassierung zu vermeiden. Oberstes Prinzip der Professionellen und Einrichtungen nimmt das Recht der Menschen auf Selbstbestimmung ein. Partizipation bestimmt somit die Art und Weise und das Ausmaß der Unterstützung, um Menschen (wieder) zu einer (möglichst) selbstbestimmten Lebensführung zu befähigen (vgl. Gintzel 2008, S. 635):

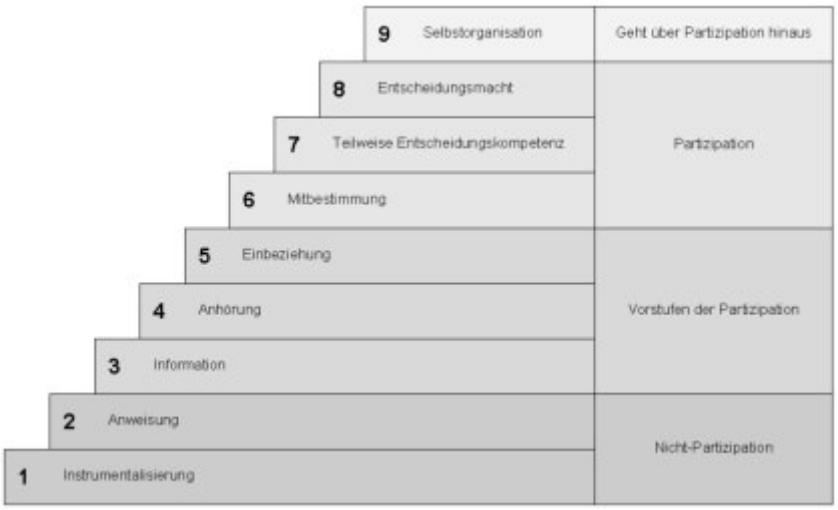
„Partizipation – gleich ob bei Kindern, Jugendlichen, Erwachsenen, Alten – stärkt das Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen der Menschen in die eigenen Kräfte“ (Homfeldt 2005, S. 158).

Partizipation stellt einen Entwicklungsprozess dar, das bedeutet, um Menschen eine umfassende Beteiligung an Entscheidungsprozessen zu ermöglichen, müssen zunächst die Voraussetzungen für Partizipation geschaffen werden. Viele Maßnahmen, die

Partizipation versprechen, erweisen sich jedoch als bloße Scheinpartizipation (vgl. Wright/Block/Unger 2008, o.S.).

Abb. 5 zeigt das Stufenmodell von Wright et al. (2008):

Abbildung 5: Stufen der Partizipation



Quelle: Whright et al. 2008, o.S.

Das Modell verdeutlicht, dass Instrumentalisierung und Anweisung auf der Ebene der Nicht-Partizipation angesiedelt sind. Zu den Vorstufen der Partizipation zählen Information, Anhörung und Einbeziehung. Von Partizipation wird gesprochen, wenn Mitbestimmung, teilweise Entscheidungskompetenz und Entscheidungsmacht zum Tragen kommen. Selbstorganisation geht schließlich über Partizipation hinaus (ebd., o.S.).

Gemeinwesenarbeit interessiert sich für die Bedürfnisse, Interessen und Probleme der Menschen, sie will partizipative Prozesse im Gemeinwesen anregen und ihren Handlungs- und Entscheidungsspielraum vergrößern. Die Ressourcen und Potentiale eines Gemeinwesens und seiner BewohnerInnen sollen genutzt, aktiviert und gefördert

werden. Ressourcenaktivierung und -erschließung ist jedoch nur über echte Partizipation realisierbar.

In diesem Zusammenhang nimmt insbesondere das aktivierende Gespräch einen hohen Stellenwert ein:

> *„Mit offenen Fragen wird die Meinung und die Stimmung der Menschen erkundet. Das Interesse der GemeinwesenarbeiterInnen an den Themen der Menschen eröffnet den gemeinsamen Blick auf Ressourcen, die bis dato möglicherweise brach gelegen sind und kann zu ersten Schritten zur Erprobung der Selbsthilfekräfte der Menschen führen“* (Schnee 2006, o.S.).

5.7.3 Förderung der Selbsthilfekräfte und Selbstorganisation

Gemeinwesenarbeit will Menschen dazu motivieren, die Gestaltung ihres Lebens eigeninitiativ und selbstbestimmt in die Hand zu nehmen. Die GemeinwesenarbeiterInnen nehmen dabei keine leitende, sondern eine aktivierende, unterstützende und begleitende Rolle ein (vgl. Lüttringhaus 2001, S. 264):

> *„GWA will nicht **für** die Menschen tätig werden, sondern **mit ihnen** eine Veränderung der Lebensverhältnisse ermöglichen. Dabei wird den Menschen vor Ort die Möglichkeit gegeben, ihre Handlungskompetenzen zu entdecken und zu stärken“* (Homfeldt 2005, S. 147).

Prinzipien wie Selbstorganisation, Selbstartikulation und Selbstdurchsetzung sind dabei handlungsleitend (vgl. Ries et al. 1997, S. 22).

Aktives und selbstverantwortliches Handeln ermöglicht neue Lern- und Kompetenzerfahrungen und leistet einen wesentlichen Beitrag zu einer gesunden Lebensführung (vgl. Lüttringhaus 2001, S. 264f.).

5.7.4 Verbesserung der Lebensqualität

Eines der zentralen Ziele von Gemeinwesenarbeit ist die Verbesserung der Lebensbedingungen und der Lebensqualität der BewohnerInnen benachteiligter Stadtteile. Auf diese Weise soll ihnen die Teilhabe am Gesellschaftsprozess ermöglicht werden (vgl. Homfeldt 2005, S. 146):

> *„Lebensqualität meint alles, was zum Wohlbefinden des Menschen beiträgt. Dazu zählen nach heutigen Ansprüchen u. a. eine gesunde Umwelt, genügend Arbeitsplätze und eine hohe Arbeitsplatzqualität, ein ausreichendes Angebot an Lebensmitteln, Wohnungen, aber auch Freizeit und eine ausreichende soziale und kulturelle Infrastruktur. Lebensqualität ist mehr als Lebensstandard, mit dem vor allem der materielle Wohlstand gemeint ist"* (vgl. Quality.de 2015, o.S.).

Ilse Arlt (1921) hat in ihrem Werk die „Grundlagen der Fürsorge" folgende Bedürfnisse als Ausgangspunkt identifiziert, die m. E. auch heute noch für eine gute Lebensqualität Gültigkeit besitzen, da sie ganzheitlich ausgerichtet sind (vgl. Arlt 1921, S. 75ff.):

- Ernährungsbedürfnis
- Wohnungsbedürfnis
- Körperpflegebedürfnis
- Bekleidungsbedürfnis
- Erholungsbedürfnis
- Luftbedürfnis
- Erziehungsbedürfnis
- Geistespflegebedürfnis
- Bedürfnis nach Rechtspflege
- Bedürfnis nach Familienleben
- Bedürfnis nach ärztlicher Hilfe und Krankenpflege
- Bedürfnis nach Unfallverhütung und erster Hilfe
- Bedürfnis nach Ausbildung und wirtschaftlicher Tüchtigkeit

Nach dem gegenwärtigen Stand der Forschung lassen sich prinzipiell die objektivistische und die subjektivistische Sichtweise unterscheiden. Die objektivistische

Position erklärt Lebensqualität über den Zugang zu Ressourcen. Aus diesen erwachsen dann subjektive Ansprüche. Die subjektiven Ansprüche und die Zufriedenheit mit den Lebensbedingungen werden von den Subjektivisten als Erklärung herangezogen (vgl. Hofer 2009, o.S.).

Die sozialwissenschaftliche Forschung beschränkt sich bei der Erfassung der Lebensqualität meist nur auf Aussagen, welche die Veränderung der Lebensverhältnisse betreffen. Der subjektiven Sichtweise der Befragten wird dabei kaum Raum gegeben. Um das subjektive Wohlbefinden zu erfassen, sollten demnach auch aktuelle gesellschaftliche Entwicklungen, wie Ökologiebewusstsein, partizipative Möglichkeiten, intergenerationelle Aspekte etc. in den Blick genommen werden (ebd., o.S.).

5.8 Grenzen der GWA

Die bisherigen Ausführungen verdeutlichen, dass Gemeinwesenarbeit zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit in benachteiligten Stadtteilen einen wesentlichen Beitrag leisten kann. Sie ist dabei fördernd, aktivierend, unterstützend, vermittelnd, vernetzend, kooperativ und begleitend tätig. Gemeinwesenarbeit sieht sich jedoch in ihrer Arbeit auch mit Grenzen konfrontiert.

5.8.1 Strukturelle Bedingungen

> *„Die Grenzen der Gemeinwesenarbeit beginnen dort, wo es um die Lösung gesamtgesellschaftlicher Probleme, wie Massenarbeitslosigkeit geht. Die GWA löst diese Probleme nicht. Sie kann aber positiv Verantwortung übernehmen, wenn sie gesamtgesellschaftliche Probleme öffentlich macht“* (Schnee/Stoik 2001, S. 5).

Demnach stößt Gemeinwesenarbeit an eine Grenze, wenn es um Probleme geht, die gesellschaftlich bedingt sind. Sie sieht darin auch nicht ihren Auftrag, sondern vielmehr will sie bestimmte Benachteiligungen vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Rahmenbedingungen sichtbar machen (vgl. Jörg/Röthig 2014, o.S.).

In der Gemeinwesenarbeit werden in Anlehnung an das Community Organizing

> *„kollektive Interessensvertretungen und Handelsformen gefördert, um durch den Zusammenschluss Öffentlichkeit zu erhalten, Druck auf Entscheidungsträger/innen aufzubauen und Verbesserungen zu erwirken. GWA ermutigt und unterstützt Bewohner/innen in der Organisierung und Vertretung ihrer Interessen, befördert Eigeninitiative und soziale Netzwerke und erarbeitet mit den Bewohner/innen Problemlösungen auf der lokalen Ebene des Stadtteils“* (ebd., o.S).

All dies kann Gemeinwesenarbeit tun, sie kann aber nicht sozialstaatliche Maßnahmen ersetzen:

„Gemeinwesenarbeit ersetzt politisches Handeln und Positionierung der repräsentativen Politik nicht“ (Stoik 2014, S. o.S.).

5.8.2 Widerstand der EntscheidungsträgerInnen

Eigeninitiatives und eigenverantwortliches Handeln der Menschen setzt voraus, dass Macht und Verantwortung von der Verwaltung sukzessive abgegeben und von den BewohnerInnen schrittweise übernommen wird. Dies führt immer wieder zu Widerständen seitens der EntscheidungsträgerInnen (vgl. Schnee/Stoik 2000, S. 189ff.). Die Politik sieht sich durch die Selbstorganisation von BürgerInnen in ihren eigenen Machtpositionen bedroht (vgl. Stövesand 2002, o.S.).

Gemeinwesenarbeit muss in dieser Hinsicht mit Fingerspitzengefühl vorgehen und die Prozessbegleitung professionell und gezielt gestalten, um Verantwortliche aus Politik und Verwaltung zur Zusammenarbeit mit den BewohnerInnnen zu bewegen. Wesentlich ist dabei, dass sowohl die BewohnerInnen als auch die VertreterInnen aus Politik und Verwaltung aktiv beteiligt werden, um Probleme nachhaltig zu lösen und gemeinsam zu verwirklichen. Bisweilen muss über Öffentlichkeitsarbeit Druck ausgeübt werden, um anstehende Projekte umsetzen zu können. Dies kann zu Beschimpfungen, Klageandrohungen oder Ignoranz seitens der EntscheidungsträgerInnen führen. Gemeinwesenarbeit darf sich dann nicht resigniert zurückziehen, sondern muss

weiterhin am Ball bleiben, um einen Beitrag zur Verbesserung der Lebensqualität der Menschen leisten zu können (ebd., S. 196f.).

5.8.3 Fehlende Motivation der BewohnerInnen

Gemeinwesenarbeit will die Selbsthilfekräfte und die Selbstorganisation der BewohnerInnen fördern. Sie wird nach Möglichkeit nicht ohne oder für die Menschen tätig, sondern denkt mit den Betroffenen darüber nach, wie diese ihre Situation selbst verbessern können (vgl. Oelschlägel, 2011, o.S.).

Demnach ist Gemeinwesenarbeit auf das Engagement der Menschen angewiesen. Die Aktivierung der Betroffenen ist jedoch lediglich dann möglich, wenn ihre Probleme, Bedürfnisse und Interessen wahr- und ernstgenommen werden (Schnee et al. 2000, S. 196).

In den 70er Jahren ging das Aktivierungskonzept davon aus, dass es ein leichtes sei, Menschen, die ihre Probleme bewusst wahrgenommen und ihre tatsächlichen Interessen erkannt haben, zum Handeln zu motivieren. In der Praxis zeigte sich jedoch, dass sich Menschen nur dann engagieren, wenn sie sich davon einen ausreichenden Gewinn versprechen (Oelschlägel, 2011, o.S.).

Für die Gemeinwesenarbeit bedeutet dies,

> *„Einfluss auf die Kosten-Nutzen-Analyse der Menschen zu nehmen, z.B. indem man Gelegenheit zum lustvollen Miteinander bietet, indem die Gemeinwesenarbeiter/innen Informationen zur Verfügung stellen, Mut machen, Erfolge herausstellen und vor allem einen langen Atem haben, weil immer wieder neue Angebote zur Aktivierung gemacht werden müssen und das Scheitern erster Versuche nichts über den Erfolg langfristiger Ansätze aussagt“* (ebd., o.S.).

Um Aktivierung und Mut zur Verantwortungsübernahme der Menschen zu fördern, bedient sich Gemeinwesenarbeit aktivierender Methoden, wie aktivierende Befragung und aufsuchende Stiegenarbeit. Die Motivation der BewohnerInnen wird durch die Darstellung der Erfolge (Öffentlichkeitsarbeit) gesteigert, die aktive Teilnahme durch

Moderation, Vermittlung mit EntscheidungsträgerInnen, gemeinsam initiierte Aktionen, Gruppenarbeit und Moderation gefördert. Um eigenständiges und autonomes Arbeiten zu ermöglichen und zu fördern, werden Räume und technische Mittel zur Verfügung gestellt (Schnee et. al. 2000, S. 193f.).

5.8.4 Begrenzte Betreuungszeit

Soziale Arbeit sieht sich immer wieder mit Kürzungen des Sozialbudgets konfrontiert. Aktuell ist beispielsweise die Behindertenarbeit in Oberösterreich betroffen. Geplant sind Einsparungen in der Höhe von 25 Millionen Euro. Dies hat zur Folge, dass 500 Arbeitsplätze und etliche Projekte gefährdet sind bzw. nicht mehr in angemessener Qualität durchgeführt werden können (vgl. Behindertenarbeit. at. 2015, o.S.).

Auch Gemeinwesenarbeit ist vom Geldgeber abhängig. Um die Qualität und Kontinuität von Gemeinwesenarbeit zu gewährleisten, muss jedoch genügend qualifiziertes Personal zur Verfügung stehen. Die Realität zeigt jedoch, dass Gemeinwesenarbeit mit äußerst knappen Personalressourcen zu kämpfen hat. Erfahrungsgemäß erschwert dies die Entwicklung und Umsetzung von Projekten (vgl. Stoik 2000, S. 143ff.).

5.8.5 Ausgrenzungsprozesse

> *„Zunehmend gelten nicht Armut und Not als Skandal, sondern die Armen selbst werden, besonders wenn es sich um MigrantInnen, Bettler oder Junkies handelt, als Ärgernis behandelt, dem man mit Polizei und geifernden Bürgerversammlungen zu Leibe rückt“* (Stövesand 2002, o.S.)

Nach dem neoliberalen Menschenbild werden Armut und Ausgrenzung als individuelles Versagen dargestellt. Oder anders formuliert: jeder bekommt, was er verdient. Menschen werden in zwei Klassen geteilt: einerseits die Gebildeten, Leistungsstarken und Produktiven. Die „Anderen“, „Benachteiligten“ oder „Überflüssigen“ zeigen zu wenig Engagement und Motivation, sind ungebildet, haben die falsche Hautfarbe, Herkunft oder Muttersprache und weisen vor allem auch noch ein kriminelles Potential auf (vgl. Schreier 2011, S. 3f.).

„Spaltung“ – bzw. Ausgrenzungsprozesse sind jedoch immer vor dem Hintergrund gesellschaftspolitischer Zusammenhänge zu sehen und nicht auf individuelle Verhaltensweisen zurückzuführen (ebd., S. 1f.):

> *„Der Weg zu individuellen Schuldzuweisungen, zur Entsolidarisierung und auch zum Sozialrassismus ist nicht weit, wenn der verbreiteten Annahme, die Menschen müssten nur irgendwie etwas an ihrem Lebensstil oder an ihren Qualifikationen ändern um aus Perspektivlosigkeit, Prekarität oder Armut heraus zu finden, nichts entgegengesetzt wird“* (Schreier 2011, S. 4).

Gemeinwesenarbeit kann in diesem Zusammenhang einen wesentlichen Beitrag leisten, indem sie sich in Anlehnung an die Menschenrechte[1] und die sozialen Rechte[2] gegen Ausgrenzung, Stigmatisierung und Rassismus stellt und Ressourcen für sozial Benachteiligte erschließt (vgl. Stövestand 2002, o.S.).

EMPIRISCHER TEIL

6 Empirische Forschungsmethode

6.1 Qualitative Forschung

In der vorliegenden Masterarbeit fiel die Entscheidung auf die Methode der Qualitativen Forschung, da sie den Anspruch erhebt,

> „Lebenswelten ‘*von innen heraus’ aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Damit will sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen“* (Flick/v. Kardorff/Steinke 2012, S. 14).

Im quantitativen Ansatz wird die Erfahrungswirklichkeit numerisch abgebildet. Demgegenüber verwendet der qualitative Forschungsansatz nichtnumerisches Material,

[1] vgl. http://quellen.geschichte-schweiz.ch/allgemeine-erklarung-menschenrechte-uno-1948.html
[2] vgl. http://europa.eu/legislation_summaries/justice_freedom_security/combating_discrimination/l33501_de.htm

welches interpretativ ausgewertet wird. Dazu zählen insbesondere Texte, wie Interviewtexte, Beobachtungsprotokolle und Briefe, aber auch Objekte, wie Filme, Fotografien und Zeichnungen (vgl. Bortz/Döring 2005, S. 295f.):

„Dieses qualitative Material schein 'reichhaltiger' zu sein; es enthält viel mehr Details als ein Messwert (ebd., S. 296).

6.2 Erhebungsmethode

> *„Qualitative Befragungen arbeiten mit offenen Fragen, lassen den Befragten viel Spielraum beim Antworten und berücksichtigen die Interaktion zwischen Befragtem und Interviewer sowie die Eindrücke und Deutungen des Interviewers als Informationsquellen. Im Unterschied dazu sind quantitative Befragungen standardisiert, fordern vom Befragten inhaltlich zugespitzte Antworten und vom Interviewer ein gleichförmiges Verhalten"* (Bortz et al. 2005, S. 308).

Als konkrete Erhebungsmethode der Forschungsarbeit diente die schriftliche und die mündliche Befragung.

6.2.1 Schriftliche und mündliche Befragung

Diese Methoden wurden deshalb gewählt, da es in einem Fall nicht möglich war, das Interview vor Ort durchzuführen. Im anderen Fall wurde dieser Befragungsart der Vorzug gegeben, da sie eine flexiblere Zeiteinteilung zulässt. Im dritten Fall wurde die Befragung mündlich durchgeführt. Die schriftliche Durchführung von offenen oder teilstandardisierten Befragungen kommt selten zur Anwendung, da sie von den ProbandInnen als anstrengender erlebt wird und die Bereitschaft zu mündlichen Äußerungen größer ist. Schriftliche Äußerungen erweisen sich als weniger spontan, ausgereifter und erschöpfender (vgl. Bortz et al. 2005, S. 308).

6.3 Erhebungsinstrument

Das gesamte Datenmaterial wurde mittels leitfadengestützter ExpertInneninterviews erhoben.

6.3.1 Leitfadeninterview

Unter einem Leitfaden versteht man ein schriftliches Frageschema, das mehr oder weniger strukturiert abläuft (vgl. Stigler/Felbinger 2005, S. 129). Die Erstellung eines Leitfadens bedarf zunächst einer intensiven inhaltlichen Auseinandersetzung mit dem Forschungsthema, da sich die Leitfragen auf die im Vorfeld als wesentlich ermittelten Themenkomplexe beziehen (vgl. Marotzki 2011, S. 114). Leitfadengestützte Interviews bewirken sowohl auf Seiten der InformantInnen wie auch auf Seiten der Interviewenden eine mittlere Strukturierungsqualität (ebd., S. 114).

Ein Leitfaden stellt einerseits sicher, dass die erkenntnisleitenden Themenbereiche angesprochen werden. Andererseits wird durch die offene Fragestellung gewährleistet, dass die InformantInnen Ihre Sichtweisen frei formulieren können (vgl. Marotzki 2011, S. 114). Im Gegensatz zu offenen narrativen Interviews hat der Leitfaden den Vorteil, *„dass eine Vergleichbarkeit mit anderen Interviews, denen der gleiche Leitfaden zugrunde lag, möglich ist“* (ebd., S. 114). Grundsätzlich zeichnet sich der Leitfaden dadurch aus, dass er auf wesentliche Fragestellungen hinlenkt und dabei hilft, nichts zu vergessen (vgl. Stigler et al. 2005, S. 129).

6.3.2 ExpertInneninterview

„Das Experteninterview zielt auf den Wissensvorsprung, der aus der privilegierten Position des Experten in einem Funktionskontext resultiert“ (Meuser/Nagel 2011, S. 57). Damit zeichnen sich ExpertInnen durch spezialisiertes Sonderwissen aus, d. h., ExpertInnen unterscheiden sich vom Begriff des „Experten für das eigene Leben“, der quasi jede Person als Experte/Expertin ansieht (ebd., S. 57). Als angemessenes

Erhebungsinstrument hat sich ein leitfadengestütztes offenes Interview bewährt. Die thematische Vorstrukturierung stellt sicher, dass sich die Interviewenden als kompetent erweisen und somit imstande sind, das ExpertInnenwissen umfassend zu erheben (vgl. Meuser/Nagel 2013, S. 464). *„Die Interviewfragen sollten so gestellt werden, dass sie, angezeigt durch die Art der Formulierung, auf überpersönliches, institutions- bzw. funktionsbezogenes Wissen zielen"* (ebd., S. 465).

6.4 Auswertungsmethode

6.4.1 Qualitative Inhaltsanalyse

In der vorliegenden Arbeit wurde eine inhaltsanalytische Auswertung in Anlehnung an Mayring vorgenommen. Die qualitative Inhaltsanalyse kann als *kategoriengeleitete Textanalyse* verstanden werden, die das Ziel verfolgt, logische Folgerungen aus der Kommunikation zu ziehen (vgl. Mayring 2010, S. 13). Dabei muss es sich nicht ausnahmslos um Texte handeln, sondern es kann auch bildliches, musikalisches oder plastisches Material bearbeitet werden. Wesentlich ist jedoch, dass das Kommunikationsmaterial in irgendeiner Art und Weise festgehalten wird (Mayring 2012, S. 468f.).

Die Analyse muss einer systematischen, regel- und theoriegeleiteten Vorgehensweise folgen (vgl. Mayring 2010, S. 13) und auf vorschnelle Quantifizierungen verzichten (vgl. Mayring 2012, S. 469). Zentrales Instrument der Inhaltsanalyse stellt das Kategoriensystem dar, das die Intersubjektivität, die Transparenz des Vorgehens gewährleistet (vgl. Mayring 2010, S. 49).

Grundsätzlich wird zwischen drei Grundtechniken des Interpretierens differenziert: die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung (ebd., S. 64f.).

Im konkreten Fall wurden die zusammenfassende Analysetechnik und die induktive Kategorienbildung angewendet. Das bedeutet, „*das Material so zu reduzieren, dass die*

wesentlichen Inhalte erhalten bleiben, durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist (Mayring 2010, S. 65) bzw. von den ExpertInneninterviews auf die allgemeinen Kategorien zu schließen.

Um die Organisation und Strukturierung des Forschungsmaterials zu erleichtern, wurde das Softwareprogramm MaxQDA 11 verwendet.

7 ERGEBNISDARSTELLUNG

Wie bereits einleitend erwähnt, ist das Ziel der vorliegenden Arbeit herausstellen, dass Gemeinwesenarbeit einen wesentlichen Beitrag zum Abbau bzw. zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit in benachteiligten Stadtteilen leisten kann.

Dazu werden zunächst die Projekte der InterviewpartnerInnen überblicksartig vorgestellt. Danach wird das erhobene Material ausgewertet und interpretiert.

7.1. Vorstellung der Projekte

7.1.1 NANET Floßlend – Nachbarschaftsnetzwerk Floßlend

NANET – Nachbarschaftsnetzwerk Floßlend ist ein dreijähriges Projekt, das vom Friedensbüro Graz durchgeführt wird. Das Friedensbüro initiiert im Bereich der Gemeinwesenarbeit Projekte, um BürgerInnen in ihrem Wohnbereich zu aktivieren. Dadurch soll Konflikten vorgebeugt werden oder das Zusammenleben erleichtert werden, indem das Wohnumfeld direkt von den BewohnerInnen gestaltet wird. Das Siedlungsprojekt wird vom Fonds Gesundes Österreich kofinanziert (vgl. Friedensbüro Graz o.J., o.S.).

Die Bewohnerschaft der Floßlendsiedlung ist äußerst heterogen zusammengesetzt. Ungefähr 420 Menschen leben in 141 Mietwohnungen und sprechen ungefähr 15 Sprachen. Seit Juli 2013 steht den BewohnerInnen ein Nachbarschaftszentrum in der

Siedlung für Anliegen, Probleme, Aktivitäten und Ideen zur Verfügung (NANET Floßlend o.J., o.S.).

Zudem erhalten alle BewohnerInnen regelmäßig die Siedlungszeitung „Siedlungsflugi". Sie dient der Information, bietet aber auch die Möglichkeit, eigene Beiträge zu veröffentlichen (vgl. Grazer Büro für Frieden und Entwicklung 2013, S. 3).

Das Projekt arbeitet daran, die psychosoziale Gesundheit der BewohnerInnen zu verbessern, den Zugang zu Angeboten und Ressourcen im Wohnumfeld zu ermöglichen und bereits vorhandene Netzwerke zu festigen bzw. auszubauen (NANET Floßlend o.J., o.S.). Das Team setzt sich aus 8 MitarbeiterInnen unterschiedlicher Disziplinen zusammen (vgl. Friedensbüro Graz o.J., o.S.). Im Zentrum stehen dabei die Bedürfnisse, Potentiale und Möglichkeiten der BewohnerInnen. Über gemeinsames Arbeiten im Wohnumfeld soll die Lebensqualität der Menschen verbessert werden. Die Professionellen gehen dabei aktivierend, begleitend, unterstützend und moderierend vor (vgl. NANET Floßlend o.J., o.S.).

7.1.2 Stadtteilzentrum Bassena

Die Bassena ist ein Stadtteilzentrum in Wien in der Siedlung am Schöpfwerk, das seit 1982 besteht. Die Bassena wurde bis Dezember 2014 vom Verein Wiener Jugendzentren getragen. Im Jänner 2015 wurde sie von wohnpartner übernommen (vgl. Stadtteilzentrum Bassena o.J., o.S.).

Zur Bassena gehört das Neue Schöpfwerk und die beiden angrenzenden Gemeindesiedlungen Altes Schöpfwerk und Liechtensterngasse. Laut Melderegister Wien (Stand: 31.12.2009) leben in diesem Sozialraum 7.849 Menschen, die ungefähr 20 verschiedene Sprachen sprechen (ebd., o.S.).

Die Bassena betreibt gezielte Medienarbeit über die Stadtteilzeitung *Schöpfwerkschimmel* und *Radio Schöpfwerk*. Ziel ist einerseits die Verbesserung der Kommunikation innerhalb der Siedlung und in Politik und Verwaltung. Andererseits

werden die Medien eingesetzt, um Druck auf EntscheidungsträgerInnen auszuüben. Zudem tragen sie dazu bei, dass das Image der Siedlung verbessert wird und Berichte über das Schöpfwerk kritischer und achtsamer gestaltet werden (vgl. Schnee et al. 2000, S. 195).

Die Bassena setzt sich zum Ziel, die BewohnerInnen zu aktivieren und gemeinsam mit ihnen Maßnahmen zu entwickeln, die zu einer Verbesserung ihrer Lebensqualität beitragen. Durch gezielte Bildungsmaßnahmen, die Vermittlung zu politischen EntscheidungsträgerInnen und ExpertInnen sowie Zurverfügungstellung notwendiger Ressourcen sollen die Betroffenen dazu ermächtigt werden, ihre Probleme selbst in die Hand zu nehmen und zu lösen (ebd., S. 189f.).

Die GemeinwesenarbeiterInnen orientieren sich dabei an der gesamten Diversität der BewohnerInnen, indem sie die unterschiedlichen Geschlechter, Ethnien, Milieus und Generationen in den Blick nehmen. Dabei wird die Unterschiedlichkeit und Vielfalt der Menschen bewusst als Potential wahrgenommen. (vgl. Stadtteilzentrum Bassena o.J., o.S.).

Die methodische Vorgehensweise der GemeinwesenarbeiterInnen ist immer situativ ausgerichtet und prozesshaft angelegt. Zu den zentralen Methoden zählen Aktivierung, Moderation, Begleitung und Unterstützung (ebd., o.S.).

Insgesamt will das Projekt die Lebensqualität der BewohnerInnen verbessern, sozialen Frieden fördern und soziale Ungleichheit abbauen (vgl. Stadtteilzentrum Bassena o.J., o.S.).

7.1.3 „Frühstück mit mir“

„Frühstück mit mir“ – ein Grund zu kommen „Grundeinkommen“ ist aus dem Arbeitskreis „Prävention gegen Armut“ entstanden. Die Initiative wurde im September 2007 von Heinz Hagemann ins Leben gerufen und findet einmal monatlich in unterschiedlichen Lokalitäten in Kapfenberg statt. Eingeladen zu dem kostenlosen

Frühstück sind Jung und Alt, Betroffene, Engagierte, MultiplikatorInnen und insbesondere DemokratInnen (vgl. Verein Vernetzungskugel o.J., o.S.).

Das Projekt setzt sich zum Ziel, Netze zwischen privaten und öffentlichen Beziehungen zu knüpfen, den Austausch der Betroffenen untereinander zu fördern, Aufklärungsarbeit mit Interessierten zu leisten und Arbeitskreise mit MultiplikatorInnen zu initiieren. Insgesamt sollen Menschen zu „RegisseurInnen ihrer eigenen Biografie“ werden (ebd., o.S.).

Die Organisation und Moderation der Initiative wird dabei von Heinz Hagemann übernommen. Zu Beginn wurde das Projekt von der Stadtgemeinde Kapfenberg getragen. Mittlerweise wird es abwechselnd von den unterschiedlichen LokalbetreiberInnen und über Spenden finanziert (vgl. Verein Vernetzungskugel o.J., o.S.).

7.2 Begriffsverständnis

Im Hinblick auf das Begriffsverständnis von Gemeinwesenarbeit lassen sich aus den Interviews sowohl Gemeinsamkeiten als auch unterschiedliche Akzentuierungen herauslesen. Insgesamt decken sich die Aussagen jedoch weitgehend mit dem Begriffsverständnis in der Literatur.

Bedürfnis- und Interessensorientierung

Die Bedürfnis- und Interessensorientierung ist ein grundlegendes Prinzip der Gemeinwesenarbeit und wurde in allen drei Interviews angesprochen:

- *„GWA orientiert sich an den Bedürfnissen und Interessen der in einem Stadtteil lebenden Menschen“* (Interview 1, 5:6).

- *„Der Bedarf und die Betroffenheit der Menschen stehen ganz klar im Vordergrund, hier gilt es anzusetzen“* (Interview 3, 12:13).

Auch in der Literatur zeigt sich, dass der Bedarf der Menschen – und sei er noch so klein – ernstgenommen und aufgegriffen werden muss:

„Im Zentrum der Aktivitäten steht der Wille oder die Betroffenheit der Menschen“ (Interview 1, 57:58). Interviewpartner 2 spricht davon, dass die Menschen genau dort abgeholt werden müssen, wo sie gerade stehen, *„mit ihren Anliegen und Herausforderungen genauso, wie mit ihren Möglichkeiten und Ressourcen“* (Interview 2, 5:6). Gemeinwesenarbeit setzt demnach an der Lebenswelt der Menschen an und greift sowohl die Bedürfnisse und Probleme als auch die Interessen, Potentiale und Ressourcen der BewohnerInnen auf.

Flexibilität

In Interview 2 und 3 wird in diesem Zusammenhang davon gesprochen, dass Gemeinwesenarbeit auf Flexibilität angewiesen ist:

- *„GWA ist und muss flexibel sein. Das entscheidende ist sich immer wieder und immer wieder neu an den Bedürfnissen der (beteiligten) Menschen zu orientieren“* (Interview 2, 3:4).

- *„Gemeinwesenarbeit muss anpassungsfähig sein. Sie hat es mit heterogenen Bevölkerungsgruppen zu tun, die unterschiedliche Bedürfnisse und Interessen aufweisen“* (Interview 3, 14:16).

Gemeinwesenarbeit muss flexibel sein, um die Bedürfnisse, Probleme und Interessen der Menschen wahrnehmen und sie in ihrer Komplexität aufgreifen und bearbeiten zu können.

Gemeinsam mit den Menschen

Gemeinwesenarbeit will nichts für die Menschen tun, was sie nicht auch selbst tun können. Deshalb arbeitet sie nicht für die BewohnerInnen, sondern gemeinsam mit ihnen an der Verbesserung ihrer Lebenssituation.

Gemeinwesenarbeit zielt darauf ab, *„gemeinsam mit den Menschen in Stadtteilen nachhaltige Verbesserungen ihrer Lebenssituation zu erreichen“* (Interview 1, 4:5).

- *„In der Gemeinwesenarbeit geht es immer darum, den Leuten nichts abzunehmen, sondern sie zu begleiten und zu unterstützen und gemeinsam mit ihnen an der Lösung ihrer Probleme zu arbeiten“* (Interview 3, 11:13).

- *„Ideen und Projekt werden immer gemeinsam mit den BewohnerInnen der Siedlung umgesetzt“* (Interview 2, 10:11).

Förderung der Selbsthilfekräfte und Selbstorganisation

Die Förderung der Selbsthilfekräfte und Selbstorganisation hat in der Gemeinwesenarbeit oberste Priorität und wird in der Literatur als Ziel definiert. Die Menschen sollen sich für ihre Bedürfnisse stark machen und die Lösung ihrer Probleme selbstbestimmt und eigeninitiativ in die Hand nehmen:

- *„Dabei setzt die GWA bei der Selbstorganisation und Selbsthilfekräften der BürgerInnen an. D.h. die Menschen werden dabei unterstützt, selbst aktiv zu werden, um ihre Bedürfnisse und Interessen öffentlich zu machen und sich für ihre Anliegen selbst einzusetzen“* (Interview 1, 8:10).

- *„Gemeinwesenarbeit muss den Menschen zutrauen, dass sie selbst in der Lage sind, ihre Probleme zu lösen. Sie will die Menschen dazu befähigen, sich zu artikulieren und zu organisieren“* (Interview 3, 7:9).

Gemeinwesenarbeit muss an die Fähigkeiten der Menschen glauben, ihr Leben selbstverantwortlich zu gestalten zu können.

Empowerment

Empowerment stellt in der Gemeinwesenarbeit ebenfalls ein Ziel dar. Die Menschen sollen dazu befähigt werden, ihre Kräfte und Potentiale zu entdecken und zu nutzen, um sich in der Folge aus Macht- und Abhängigkeitsverhältnissen zu befreien.

Der Begriff des Empowerment lässt sich aus allen Interviews herauslesen. Interviewpartner 3 versteht darunter folgendes:

„Gemeinwesenarbeit ist für mich untrennbar mit Alinsky und seinem Buch 'Anleitung zum Mächtigsein' verbunden, das ist für mich soziologisch und gesellschaftskritisch gesehen ein Schlager. Es geht einfach darum, wie man Leute munter, reif, demokratisch und eigenständig macht, das ist der Hintergrund dieser Arbeit und das verstehe ich auch unter Gemeinwesenarbeit" (Interview 3, 3:7).

Gemeinwesenarbeit ermutigt die Menschen dazu, ihre Fähigkeiten und Potentiale zu erkennen und selbst die Initiative im Hinblick auf die Lösung ihrer Probleme zu ergreifen. Menschen schließen sich solidarisch zusammen und organisieren sich selbst:

„Das ist auch in meinem Projekt ganz klar passiert, da ist jemand aufgestanden, hat sich geoutet, hat gesagt, er ist Alleinerzieher, aber er verliert gerade die Kinder, die Frau, die Arbeit. Dann ist jemand anderer aufgestanden und hat gesagt, reden wir später, ich kann dir Geld borgen, damit du über die Runden kommst" (Interview 3, 9:12).

Prozesshaftigkeit

Gemeinwesenarbeit ist prozessorientiert, sie zeichnet sich durch einen dynamischen Verlauf aus, der viel Raum für Entwicklung zulässt:

„Die Arbeit wird prozesshaft angelegt und wir verstehen uns als ProzessbegleiterInnen, die die Menschen in der Selbstorganisation und Eigeninitiative ermutigen, fördern und unterstützen“ (Interview 1, 54:56).

Die BewohnerInnen sollen lernen sich selbst zu organisieren und eigeninitiativ zu handeln. Die GemeinwesenarbeiterInnen begleiten die Menschen bei diesem Prozess und nehmen eine anregende, fördernde und unterstützende Rolle ein.

7.3 Theoretische Fundierung

Wie bereits erwähnt, orientiert sich Soziale Arbeit an den Menschenrechten und den sozialen Rechten. Auch Gemeinwesenarbeit basiert auf zahlreichen grundlegenden Arbeitsprinzipien, welche für die Professionellen richtungsweisend sind.

7.3.1 Arbeitsprinzipien

Niederschwelligkeit

In der Literatur wird davon ausgegangen, dass die Schaffung niederschwelliger Maßnahmen, Angebote und Einrichtungen in der Gemeinwesenarbeit unverzichtbar ist, um Zugangsbarrieren zu reduzieren und den Menschen Ängste und Unsicherheiten zu nehmen. Auf diesem Wege ist es möglich, sie zur Kontaktaufnahme zu motivieren:

„Niederschwellig Angebote werden so ausgerichtet, dass möglichst alle Menschen im Zuständigkeitsbereich Zugang finden“ (Interview 1, 69:70).

Gemeinwesenarbeit will alle BewohnerInnen eines Gemeinwesens, Stadtteils erreichen:

Die Einrichtung *„ist in der Region und darüber hinaus bekannt als Anlaufstelle und offenes Haus – jedeR kann kommen und Ideen, Projekte und Probleme einbringen“*, so Interviewpartner 2 (Interview 2, 9:10).

Hier wird deutlich, dass die BewohnerInnen Ideen und Projekte einbringen können, jedoch auf freiwilliger Basis.

„Oft sind Jugendliche im Teenageralter hereingekommen, haben gefrühstückt und sind nach einer halben Stunde aufgestanden und wieder gegangen, weil das Thema sie nicht interessiert hat. Das war auch möglich, weil das ein offenes Haus ist“ (Interview 3, 34:37).

Niederschwellige Angebote zeichnen sich dadurch aus, dass kein Leistungsdruck, keine Verpflichtung besteht. Dies wird auch in Interview 3 angesprochen. Zudem wird auf den Aspekt der Kostenlosigkeit verwiesen:

„Sie liefern nur das, was sie geben wollen, es wird nur das multipliziert, was sie bringen. Ich nehme ihnen auch manchmal den Druck, weil manche glauben, erstens muss ich zum Frühstück kommen und etwas sagen und zweitens muss ich das zahlen. Der Druck ist weg, wenn ich sage, du bist eingeladen (Interview 3, 30:33).

Auch Anonymität spielt bei niederschwelligen Zugängen eine wesentliche Rolle:

„Wir haben am Anfang eine Anwesenheitsliste gehabt, da konnte jeder reinschreiben was er wollte, den Vornamen, nur ein Kreuzerl machen oder gar nichts reinschreiben, ich habe es nur gezählt, wer kommt, wie oft kommt der, kommen die wieder usw.“ (Interview 3, 39:41).

Non-direktive Pädagogik

Gemeinwesenarbeit ist non-direktiv ausgerichtet. Im Fokus stehen die Lernenden und nicht die Lehrenden. Menschen werden nicht als defizitäre, sondern als kompetente Wesen angesehen. Nicht die GemeinwesenarbeiterInnen geben die Ziele vor, sondern die Menschen selbst:

- *„Man darf die Leute nicht für unmündig erklären, indem man ihnen sagt, wo es lang geht“* (Interview 3, 96).

- *„Bedingungslos willkommen sein, das ist die Grundhaltung, gekoppelt mit einem demokratischen Gedanken, das reicht, um Leute wirklich selbstständig denken zu lassen“* (Interview 3, 31:32).

Die Schaffung einer vertrauensvollen und angenehmen Atmosphäre trägt dazu bei, Lernprozesse anzuregen und zu ermöglichen.

Ressourcenorientierung

Gemeinwesenarbeit orientiert sich nicht nur an den Bedürfnissen und Interessen der Menschen, sondern ist auch an der Aktivierung und Erschließung von Ressourcen interessiert. Gemeinwesenarbeit geht dabei nicht defizitorientiert vor, sondern nimmt die vielfältigen Stärken und Potentiale des sozialen Raumes und seiner BewohnerInnen in den Blick:

- *„Das Augenmerk liegt auf Einbindung der Stärken und Möglichkeiten der Menschen. Räume, Plätze, Angebote anderer Organisationen in der Umgebung sind bedeutsame Ressourcen, die man nutzen und durch Vernetzung effektiver gestalten kann“* (Interview 1, 60:62).

- *„Den Leuten ist oft nicht klar, dass sie über Ressourcen verfügen. Genau darum geht es in der Gemeinwesenarbeit, die Möglichkeiten und Potentiale, über die jeder Mensch verfügt, freizulegen, zu aktivieren “* (Interview 3, 48:50).

Jeder Mensch verfügt über Potentiale und Fähigkeiten, die häufig verschüttet sind und der Aktivierung bedürfen.

„Eine 85-jährige Frau hat einmal folgendes feedback gegeben: Mir gefällt es da. Am Anfang hatte ich Angst davor, etwas zu sagen, aber je öfter ich komme, desto mehr Spaß macht es mir. Das verstehe ich unter Ressourcenaktivierung“ (Interview 3, 23:26).

Spielerisches Lernen im Anwenden führt zu Erfolgserlebnissen und in der Folge zur Erschließung von Ressourcen.

Partizipation

In der Literatur wird davon ausgegangen, dass eine selbstbestimmte und eigenverantwortliche Lebensgestaltung die Teilhabe, Mitbestimmung und Mitgestaltung der Menschen zur Bedingung hat. Dies wird auch durch die Aussagen der ExpertInnen bestätigt. Alle befragten Personen verweisen auf die partizipative Ausrichtung der Gemeinwesenarbeit:

„Maßnahmen zielen darauf ab, dass Betroffene zu Beteiligten werden, die bereit sind für ihre Ideen und Probleme selbst Verantwortung zu übernehmen“ (Interview 1, 48:49).

Indem die Menschen die Prozesse mitbestimmten und mitgestalten, übernehmen sie auch die Verantwortung für ihr eigenes Tun.

Gemeinwesenarbeit *„fördert die Teilhabe der Menschen am ökonomischen, politischen, sozialen und kulturellen Leben“* (Interview 1, 6:7).

Den Menschen soll die Teilhabe in allen Gesellschaftsbereichen ermöglicht werden.

„Es geht um echtes und ehrliches involvieren der Menschen, sie sozusagen dort abholen wo sie gerade stehen – mit ihren Anliegen und Herausforderungen genauso wie mit ihren Möglichkeiten und Ressourcen“ (Interview 2, 4:6).

Die Einbindung der Betroffenen ist sowohl im Hinblick auf ihre Bedürfnisse als auch im Hinblick auf ihre Potentiale von wesentlicher Bedeutung:

„Partizipation ist ganz wichtig. Man muss den Leuten zeigen, dass sie die Prozesse aktiv mitbestimmen und mitgestalten. Sie sehen dann, ich bin ja mehr, als jemand, der nur dort sitzt und zuhört, ich bin ja aktiv" (Interview 3, 33:35).

Vernetzung und Kooperation

Die Förderung von Vernetzung und Kooperation ist in der Gemeinwesenarbeit zentral. Die BewohnerInnen sollen sowohl untereinander als auch mit örtlichen Einrichtungen, Organisationen, Verwaltung und Politik vernetzt werden. Dieser Aspekt wurde in allen drei Interviews angesprochen:

„Eine wichtige Aufgabe ist die Vernetzung und Kooperation zwischen den Menschen der verschiedenen Einrichtungen und den Menschen/AkteurInnen im Stadtteil. Dabei wird vor allem auf die Stärken geachtet, es werden vorhandene Ressourcen und Potenziale im Stadtteil aktiviert, miteinander verknüpft und soziale Netzwerke geschaffen bzw. gestärkt" (Interview 1, 16:19).

Interviewpartner 2 betont ebenso, dass der Aufbau und die Pflege von tragfähigen regionalen Netzwerken und der Aufbau und Erhalt von Vertrauen unter den AkeurInnen in der Gemeinwesenarbeit unverzichtbar sind, um Nachhaltigkeit zu gewährleisten:

- *„Menschen mit gemeinsamen Interessen bekommen die Möglichkeit sich zu vernetzen. Ein Beispiel ist die gemeinsame Freizeitgestaltung (z.B. Frauengymnastik). Das kann dadurch sein, dass nur ein Raum zur Verfügung gestellt wird oder die Gruppe organisiert und moderiert wird, dass ist Vernetzung"* (Interview 2, 26:29).

- *„Wir organisieren z. B. Müttergruppen, die sich vernetzen und gegenseitig helfen, also soziale Unterstützung"* (Interview 3, 22:23).

7.3.2 Methoden

Mindestens ebenso wichtig wie die Arbeitsprinzipien, sind die zahlreichen Methoden, die in der Gemeinwesenarbeit zur Anwendung kommen. Die Professionellen greifen dabei auf ein breites Methodenrepertoire zurück, um die Menschen zu erreichen und den Stadtteil, das Gemeinwesen zu erkunden.

Aktivierende Befragung

Die aktivierende Befragung will die Menschen dazu ermutigen, sich aktiv an der Gestaltung ihres Gemeinwesens zu beteiligen und auf diesem Wege ihre Lebensbedingungen zu verbessern. Durch offene Fragen können die BewohnerInnen ihre Meinungen und Sichtweisen frei äußern. Dadurch können auch Konflikte im Gemeinwesen sichtbar werden.

Auch bei Expertin 1 kommt zu Beginn des Projektes die aktivierende Befragung zur Anwendung, indem die GemeinwesenarbeiterInnen von Tür zu Tür gehen und persönliche Interviews führen:

„Es kam zu zahlreichen persönlichen Gesprächen über die Situation der BewohnerInnen, ihre Probleme, Ideen, Wünsche“ (Interview 1, 75:77).

Durch den persönlichen und direkten Kontakt, ergibt sich die Möglichkeit, dass die BewohnerInnen ihren Bedürfnissen, Interessen und Emotionen Ausdruck verleihen können.

Auch Interviewpartner 3 bedient sich dieser Methode:

„Man muss nur Fragen stellen. Das heißt, verhalte dich so blöd wie möglich, gehe als Lehrer in die Schülerrolle, ja nicht Lehrer spielen im Sinne von, ich weiß alles und du weißt nichts. Leute, die nie etwas gesagt haben, haben plötzlich geredet. Das verstehe ich unter aktivierender Befragung“ (Interview 3, 45:48).

Die GemeinwesenarbeiterInnen nehmen eine interessierte, aber zurückhaltende Rolle ein und zeichnen sich durch Unwissenheit aus. Die BewohnerInnen sind die ExpertInnen ihrer Lebenswelt.

Konfliktbearbeitung

Ein Gemeinwesen setzt sich in der Regel aus einer heterogenen Bevölkerungsgruppe zusammen. Unterschiedliche Bedürfnisse, Interessen und Sichtweisen der Menschen führen dabei immer wieder zu Konflikten. Gemeinwesenarbeit greift diese Konflikte auf und versucht sie konstruktiv zu bearbeiten. Konflikte tragen aber auch Entwicklungspotential in sich, wenn sie öffentlich sichtbar und damit politisierbar werden.

Dies wird durch folgende Aussage bestätigt:

„*Ein weiterer Teil unserer Arbeit ist die Fall-/Konfliktarbeit, die sich mit der GWA ergänzt. Manche Herausforderungen sind nicht über reine GWA zu bearbeiten, z.B. 'direkte' Nachbarschaftskonflikte. Diese sind zwar teilweise auf äußere Umstände zurückzuführen (z.B. Lärmkonflikte wegen dünner Wände oder Nutzungskonflikte im öffentlichen Raum aufgrund der dichten Besiedlung), diese Gegebenheiten sind aber nicht (kurzfristig) veränderbar. Durch Konfliktvermittlung und Mediation kann aber eine individuelle für beide Konfliktparteien zufriedenstellende Vereinbarung getroffen werden* (Interview 2, 13:20).

In der Konfliktbearbeitung kommen unterschiedliche Methoden zur Anwendung, wie beispielsweise Beratung, Stiegenhausgespräche oder eben Mediation:

- *„'Stiegengespräche': BewohnerInnen jedes einzelnen Hauses treffen sich um hauseigene Anliegen und Probleme zu besprechen – Moderation durch das Projektteam"* (Interview 1, 40:42).

- *„Zusätzlich machen wir 'Stiegenarbeit', also einfach in der Siedlung im öffentlichen Raum unterwegs sein, teilweise mit einem speziellen Thema oder einer Form von Sozialer Inszenierung"* (Interview 2, 11.13).

Konflikte sollen jedoch nicht nur unter den BewohnerInnen gelöst, sondern auch zwischen den BewohnerInnen und Verwaltung und Politik aufgezeigt und ausgehandelt werden. Deshalb ist Gemeinwesenarbeit zwischen den BewohnerInnen und den EntscheidungsträgerInnen vermittelnd tätig:

„GWA hat eine intermediäre Funktion, d.h. sie ist Bindeglied zwischen den Interessen und Aktivitäten der Menschen und den Ressourcen der Stadt und gestaltet Aushandlungsprozesse zwischen EntscheidungsträgerInnen aus Verwaltung und Politik einerseits und BürgerInnen andererseits" (Interview 1, 12:15).

Soziale Inszenierung

Eine Methode, um Treffpunkte und Aktionen im öffentlichen und halböffentlichen Raum niederschwellig zu gestalten, stellt die soziale Inszenierung dar. Aktivitäten, wie Feste oder gemeinsame Frühstücke sollen dabei allen Menschen zugänglich sein und die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit erregen. Die soziale Inszenierung will die Kommunikation und Interaktion zwischen den BewohnerInnen fördern und sie vor allem dazu anregen, motivieren und provozieren, über ihre Probleme und Interessen nachzudenken. Diese sollen dann in Zusammenarbeit mit VertreterInnen aus Verwaltung, Wirtschaft und Politik bearbeiten werden.

Die Methode der sozialen Inszenierung lässt sich in Interview 2 herauslesen und wird in Interview 1 direkt angesprochen:

„Regelmäßige, offene Treffen = 'Plauderstunden' (zwei Mal pro Woche im Nachbarschaftszentrum in der Siedlung bzw. in den warmen Monaten im Hof). Feste: Sommerfest, Maronibraten, Nikolaus, gemeinsamer Siedlungsflohmarkt: die Feste werden in Zusammenarbeit mit den BewohnerInnen vorbereitet" (Interview 1, 37:40).

Öffentlichkeitsarbeit

Öffentlichkeitsarbeit dient einerseits dazu, Veränderungsprozesse im Gemeinwesen der Allgemeinheit zugänglich zu machen und dadurch das häufig negativ besetzte Image eines benachteiligten Stadtteils zu verbessern. Andererseits sollen Missstände nach außen getragen werden. Aber auch innerhalb eines Gemeinwesens ist es von wesentlicher Bedeutung, dass sich die BewohnerInnen austauschen und informieren können.

Expertin 1 spricht in diesem Zusammenhang von schriftlichen, aber auch von mündlichen Informationen:

„Regelmäßige Informationen (schriftlich) in Form von Aushängen in den Häusern und einer 'Siedlungszeitung' – diese werden persönlich ausgeteilt und vor jede Tür gelegt (NICHT in die Postkästen, da geht die Info unter) bzw. teilweise auch persönlich übergeben. Mundpropaganda durch Schlüsselpersonen in der Siedlung" (Interview 1, 66:70).

Aber auch elektronische Medien, wie Facebook kommen zum Einsatz, um eine andere Zielgruppe zu erreichen:

„Seit neuestem: Facebook – dadurch wird eine andere BewohnerInnengruppe angesprochen" (Interview 1,70:71).

Alle Methoden, die möglich sind

Wie bereits erwähnt, greift Gemeinwesenarbeit auf zahlreiche Methoden zurück, um die Probleme, aber auch die Ressourcen eines Stadtteils und seiner BewohnerInnen zu identifizieren. Im Hinblick auf die Methodenauswahl gibt es dabei kein richtig oder falsch.

Interviewperson 3 führt dies wie folgt aus:

- *„Alle Methoden, die möglich sind. Ein niedriger Einstieg, um den Leuten die Angst zu nehmen. Du musst nur Fragen stellen. Die Leute sind manchmal überfordert, wenn ich sie direkt frage, ob sie etwas mitbringen. Dann frage ich: wer bringt etwas mit? Wenn sich dann jemand meldet, werden andere angeregt, sich selbst einzubringen und Fragen zu stellen, wenn das Thema sie interessiert"* (Interview 3, 41:45).

- *„Im nächsten Schritt bitte ich die Leute beim Reden aufzustehen, einen Redestab in die Hand zu nehmen. Oder wir lassen die Leute auf einen Sessel steigen, damit sie einmal das Gefühl haben, wie das ist, von oben runter zu schauen. Damit bekommen die Leute ein Gefühl, was das bedeutet, wenn man die Leitung hat, das ist totales Lernen am Tun"* (Interview 3, 51:55)

Lernen am Tun, sich freiwillig und spielerisch ausprobieren können, setzt zur Ressourcenaktivierung und Mobilisierung der Menschen bei.

7.4 Zielgruppe

Um die Bedürfnisse, Probleme und Interessen der Menschen aufzuspüren und den Stadtteil zu erkunden, ist Gemeinwesenarbeit unermüdlich im öffentlichen Raum präsent. Sie versucht dabei, möglichst alle Menschen eines Gemeinwesens zu erreichen. Die GemeinwesenarbeiterInnen gehen grundsätzlich zielgruppenübergreifend vor, nehmen jedoch auch einzelne Gruppen, wie MigrantInnen, alte Menschen, Frauen etc. in den Blick.

Kontaktaufnahme

In Interview 1 zeigt sich, dass die Kontaktaufnahme von nahezu allen BewohnerInnen sehr positiv aufgenommen wurde:

„Ein sehr geringer Teil wollte sich nicht an den Gesprächen beteiligen – diese Ablehnung haben wir akzeptiert und keine weiteren Versuche gestartet. Oberstes

Prinzip der Aktivitäten ist es, Menschen einzuladen, Angebote zu setzen, Neues auszuprobieren und gleichzeitig zu AKZEPTIEREN, dass eben nicht alle Menschen sich beteiligen wollen bzw. dass es auch Angebote/Aktivitäten gibt, die die Menschen nicht wollen/nicht brauchen" (Interview 1, 77:81).

Gemeinwesenarbeit eröffnet den BewohnerInnen die Möglichkeit, sich freiwillig zu beteiligen, muss aber den Eigensinn der Menschen akzeptieren. Interviewpartner 2 und 3 betonen, dass die Arbeit mit MigrantInnen bei einigen Menschen auf Unverständnis und Widerstand stößt:

- Unsere Einrichtung *„leistet intensiv Integrationsarbeit auf vielen Ebenen. Insbesondere die Inklusionsarbeit mit Menschen mit Migrationshintergund stößt bei manchen Menschen auf Widerstand und Unverständnis. Hier geht es darum in kleinen Schritten mit den Menschen zu arbeiten"* (Interview 2, 38:41).

- *„Eine junge Österreicherin mit einem Kind hat einmal über Türken geschimpft, im Sinne von, dass ihnen alles hineingesteckt wird und sie mit € 430,-- leben muss. Da war auch ganz viel Multikulti im Raum, auch Türken waren da. Ich habe dann schon gemerkt, wie ein Türke ganz unruhig wurde. Wenn Widerstand kommt, muss man das in der Hand haben. Ich habe dann gesagt, ok, das ist deine Betroffenheit, das nimmt dir niemand weg, aber lassen wir doch einen Betroffenen zu Wort kommen. Der hat dann von einer Wirklichkeit erzählt, dass sie gesagt hat, da geht es mir ja noch gut. Die Leute werden von den Medien oft falsch informiert. Da muss man eine Atmosphäre schaffen, dass die Leute sich gegenseitig zuhören und merken, dass die Realität anders ausschaut"* (Interview 3, 56:65).

Gemeinwesenarbeit hat es mit heterogenen Bevölkerungsgruppen zu tun. Eine verzerrte Berichterstattung von den Medien kann zu gegenseitigem Misstrauen und zu Konflikten unter den BewohnerInnen beitragen. Die Professionellen gehen dabei mit Fingerspitzengefühl vor, um die Bereitschaft der Menschen zum gegenseitigen Austausch anzuregen und Vorurteile abzubauen.

Erreichbarkeit der BewohnerInnen

Eine Zielgruppe, die nicht so leicht zu erreichen ist, stellen Menschen mit Migrationshintergrund dar, wenn eine sprachliche Barriere besteht. Dies könne aber durch den Aufbau von persönlichem Kontakt ausgeglichen werden, so Interviewpartnerin 1:

„Menschen mit Migrationshintergrund (wenn eine Sprachbarriere besteht) – das kann durch persönlichen Kontakt wettgemacht werden“ (Interview 1, 83:84).

Experte 2 spricht davon, dass grundsätzlich jede Zielgruppe erreichbar ist, verweist jedoch ebenso darauf, dass Sprachbarrieren den Zugang zu MigrantInnen erschweren können. Zudem können auch religiös-traditionell geprägte Sichtweisen zum Tragen kommen:

„In der Realität des Gemeindebaus spielen vor allem sprachliche Barrieren (Muttersprache, keine/geringe Deutschkenntnisse bzw. fehlendes Selbstvertrauen es anzuwenden) und allgemein Unterschiede im Kommunikationsstil eine Rolle. Zuwanderer der ersten Generation sind unter Umständen einen anderen Zugang zu Themen wie Gesundheit gewohnt (anderes/gar kein Sozialversicherungssystem, religiös-traditionell geprägte Ansichten)“ (Interview 2, 43:48).

Gemeinwesenarbeit sucht den partnerschaftlichen Dialog mit den Betroffenen. Auf diesem Wege wird es möglich, Unsicherheiten und Ängste abzubauen und sich zu öffnen.

Beitrag der BewohnerInnen

Gemeinwesenarbeit ist auf die aktive Beteiligung der Menschen angewiesen, um Veränderungsprozesse in Gang setzen und ihre Lebensqualität insgesamt verbessern zu können.

Interviewpartner 2 betont, dass die BewohnerInnen den Hauptteil zu den Angeboten beitragen:

„Da die 'Angebote' von den BewohnerInnen der Region selber mitgestaltet und mitgetragen sind, gelingt es meist gut auch andere Menschen zu involvieren und dafür zu interessieren" (Interview 2, 50:519.

Interviewpartnerin 1 stellt fest, dass der Beitrag der BewohnerInnen von der jeweiligen Aktivität abhängt:

„Bei Festen wird von den Bewohnenden aktiv mitgestaltet, bei Plauderstunden tragen die Menschen mit ihrer Anwesenheit bzw. mit ihren Ideen bei" (Interview 1, 88:90).

Zudem werden Aktivitäten nur dann umgesetzt, *„wenn sich in der Siedlung selbst einige Menschen finden, die bereits sind, daran mitzuarbeiten"* (Interview 1, 53:54).

Aktivitäten werden grundsätzlich von den Menschen mitgestaltet und mitgetragen.

Motivation der BewohnerInnen

Gemeinwesenarbeit will die BewohnerInnnen dazu motivieren, ihr Leben selbstbestimmt und eigeninitiativ zu gestalten. Dabei zeigt sich, dass einige Zielgruppen schwerer zu erreichen sind, als andere.

In Interview 1 werden SeniorInnen genannt, deren Bedürfnisse und Interessen nicht mehr so sehr in Aktivitäten in der Gemeinschaft liegen.

Zudem zählen Menschen mit Migrationshintergrund zu einer Zielgruppe, die gelegentlich schwerer zu motivieren ist:

„Menschen mit Migrationshintergrund sind fallweise auch schwer zu motivieren, das liegt eher daran, dass sie sich unter den Aktivitäten oftmals nichts vorstellen können – persönliche Erklärungen sind hier oft hilfreich“ (Interview 1, 93:95).

Individuelle Erklärungen und Information können Abhilfe schaffen, um die Aktivitäten und Angebote für die Betroffenen transparenter und durchschaubarer zu machen.

Interviewpartner 2 verweist auf Lohn- und Betreuungsarbeit als Motivationshindernis:

„Menschen, die Lohnarbeit nachgehen, oder anderen zeitintensiven Tätigkeiten wie Betreuungsarbeit, fehlt oft die Zeit sich dauerhaft und flexibel zu engagieren. Bzw. liegt deren persönlicher Focus auch auf anderen Lebensbereichen als dem Gemeinwesen“ (Interview 2, 57:59).

7.5 Ziele

Verbesserung der Lebensqualität

Die Verbesserung der Lebensbedingungen und Lebensqualität der BewohnerInnen benachteiligter Stadtteile wird in der Literatur als eines der Ziele in der Gemeinwesenarbeit angesehen. Dieser Aspekt wird in allen Interviews angesprochen und durch folgende Aussagen bestätigt:

„Allgemein geht es um die Verbesserung der Lebensqualität der Region“ (Interview 2, 62).

Gemeinwesenarbeit versucht *„gemeinsam mit den Menschen* in Stadtteilen nachhaltige Verbesserungen ihrer Lebenssituation zu erreichen*“* (Interview 1, 4:5). „*Eigentlich geht es nur um ein gutes Leben, das ist nicht anders machbar, als mit demokratischen Mitteln, mit einem bedingungslosen Grundeinkommen und mit einer gerechten Geldwirtschaft“* (Interview 3, 102:104).

Interviewpartnerin 1 betont zudem, dass es zu einer Verbesserung der psychosozialen Gesundheit der BewohnerInnen kommen soll: *„Darüber hinaus soll die psychosoziale Gesundheit der einzelnen BewohnerInnen eines stark heterogenen Gemeindebaus nachhaltig verbessert werden“* (Interview 1, 32.34).

Erfolge

Wie bereits in der Literatur und in Kap. 7.3.1 erwähnt, nimmt die Vernetzung in der Gemeinwesenarbeit einen hohen Stellenwert ein. In diesem Bereich sind auch die größten Erfolge zu verzeichnen:

- *„Die Vernetzung und Kommunikation der Menschen im Stadtteil (BewohnerInnen, MitarbeiterInnen der Institutionen, Akteure aus Politik und Verwaltung und anderen im Stadtteil involvierten) ist gefestigt und funktioniert. Die ‘Expertise’ von allen Seiten wird wechselseitig geschätzt“* (Interview 2, 66:69).

- *„Im Rahmen meines konkreten Projektes im Verbessern der persönlichen, nachbarschaftlichen Beziehungen unter den BewohnerInnen“* (Interview 1, 99:100).

- *„Vernetzung. Es gibt Leute, die sich kennengelernt haben, wo Freundschaften entstanden sind, Austausch passiert, die sich gegenseitig unterstützen, das ist der Erfolg“* (Interview 3, 106:107).

Interviewpartnerin 1 sieht auch in der Selbstbefähigung mancher BewohnerInnen Erfolge:

„Im Empowerment einiger Menschen - BewohnerInnen fühlen sich auch für die Gemeinschaft ‘zuständig’ und sind bereit, aktiv zu werden“ (Interview 1, 100:102).

Nachhaltigkeit

Um die Lebensqualität der Menschen zu verbessern, wird gemeinsam mit den BewohnerInnen an Lösungen gearbeitet. Diese sollen jedoch nachhaltig sein. Das bedeutet, es müssen Strukturen geschaffen werden, welche die Menschen dazu befähigen, die Gestaltung ihres Lebens selbstbestimmt und eigeninitiativ in die Hand zu nehmen. Auch in diesem Zusammenhang wird auf soziale Kontakte und Netzwerke verwiesen:

- *„Durch Aufbau von Kontakten untereinander, Netzwerken und Strukturen im Rahmen derer die Menschen auch nach Ende der Projektlaufzeit aktiv sein können bzw. Unterstützung finden, sollten sie diese benötigen“* (Interview 1, 104:106).

- *„Tragfähige (regionale) Netzwerke aufbauen und pflegen. Gemeinsame Antworten auf Herausforderungen finden und diese nach Bedarf abändern. Vertrauen unter den AkteurInnen aufbauen und erhalten“* (Interview 1, 71:73).

7.6 Grenzen

Die bisherigen Ausführungen verdeutlichen, dass Gemeinwesenarbeit vieles lösen kann, aber auch mit Grenzen konfrontiert ist.

Strukturelle Bedingungen

Die Literatur hat gezeigt, dass Gemeinwesenarbeit mit strukturellen Bedingungen zu kämpfen hat. Folgende Aussagen bestätigen dies:

- *„Die allgemeine Lebenssituation vieler BewohnerInnen der Projektsiedlung ist schwierig – hier geht’s großteils um Menschen in Multiproblemlagen (Arbeitslosigkeit, Bildungsferne, schlechter Gesundheitszustand,*

Suchtproblematik….) – diese generelle Situation wird sich auch durch die engagierteste Projektarbeit nicht stark verändern" (Interview 1, 122:125).

- *„GWA stößt z.B. bei strukturellen oder baulichen Herausforderungen an Grenzen. Beispielsweise sind die Innenwände von Wiener Gemeindebauten oft besonders lärmdurchlässig. Diese Hellhörigkeit provoziert geradezu Nachbarschaftskonflikte wegen Lärm. Ein Beispiel, dass strukturelle/bauliche Voraussetzungen Konflikte/Probleme/Benachteiligungen in der Nachbarschaft fördern. GWA kann diese zwar als 'Einzelfälle' sammeln, die Betroffenen auf die strukturellen Voraussetzungen hinweisen und nicht das eigene Unvermögen – oder das des Nachbarn/der Nachbarin – als 'Ursprung' des Problems benennen. Auch kann unter Umständen den Betroffenen die Möglichkeit geboten werden, die Situation und die Mängel an geeigneter Stelle (Hausverwaltung, Politik) anzubringen. Es kann zwischen den Nachbarn mehr Verständnis/Rücksicht geben. Es kann vielleicht sogar bei neuen Bauten das Problem der hellhörigen Wände korrigiert werden. Aber für die tatsächliche Situation, die trotzdem auf strukturelle Gegebenheiten zurückzuführen ist, wird sich aber nichts ändern. GWA versucht aber genau diese strukturellen Voraussetzungen zu bearbeiten"* (Interview 2, 81:94).

Fehlende Motivation der BewohnerInnen

Gemeinwesenarbeit ist darauf angewiesen, dass sich die BewohnerInnen aktiv beteiligen, da sie nur gemeinsam mit ihnen an der Lösung ihrer Probleme und Umsetzung ihrer Interessen arbeiten kann.

Auch Interviewpartnerin 1 sieht eine Grenze, *„wenn die Adressanten der GWA insgesamt zu wenig Ressourcen für Engagement und Beteiligung haben"* (Interview 1, 17:118).

Experte 2 betont in diesem Zusammenhang, dass die problematische Lebenssituation der Menschen eine aktive Beteiligung und das Zutrauen in alternativ-ökonomische Maßnahmen erschwert:

„Menschen engagieren sich meist freiwillig für ihren Stadtteil oder ihre Idee. Das heißt, die persönliche Betroffenheit ist die Motivation. Wenn aber andere Lebenssituationen (Einkommen, Gesundheit, ...) immer prekärer werden ist es schwerer sich für das Gemeinwesen zu engagieren. GWA kann zwar durch Vernetzungsarbeit und alternative-ökonomische Projekte Möglichkeiten eröffnen. In ökonomisch schwierigen und von gesellschaftlichem Wandel geprägten Zeiten ist es oft schwerer Vertrauen in diese Alternativen zu gewinnen" (Interview 2, 99:105).

Begrenzte Betreuungszeit

Im sozialen Bereich kommt es immer wieder zu Kürzungen des Budgets. Personalressourcen sind daher auch in der Gemeinwesenarbeit äußerst knapp bemessen. Dies hat zur Folge, dass nicht genügend Zeit für die Arbeit mit den BewohnerInnen zur Verfügung steht. Interviewpartnerin 1 fasst dies wie folgt zusammen:

„GWA allgemein braucht IMMER Geduld, Zeit und Beziehungen. Geduld, weil manche Dinge erst beim zweiten oder dritten Anlauf 'funktionieren', weil manche Informationen länger brauchen, um zu 'sickern'. Zeit, weil die Prozesse oft nicht so schnell gehen, wie man (oder ein Geldgeber) gerne hätte. Beziehungen, weil Menschen nur dann bereit sind, mitzumachen, aktiv zu werden, wenn sie sich als Mensch angenommen, wahrgenommen und wertgeschätzt fühlen und das funktioniert nur über Beziehungsarbeit" (Interview 1, 108:113).

Interviewpartner 3 spricht in diesem Zusammenhang davon, dass die soziale Arbeit wertgeschätzt werden muss:

„Es muss eine Wertschätzung für SozialarbeiterInnen geben, im Sinne von, die Gemeinde stellt das Geld zur Verfügung und gibt ihnen die Kompetenzen in die Hand,

um das weiter zu führen. Die Leute fragen sich, warum wird das Gehalt von Politikern gekürzt, ohne dass wir gefragt werden und im sozialen Bereich wird alles gekürzt. Es müssen MultiplikatorInnen angestellt sein und sie müssen hochqualifiziert sein, sie müssen Konflikte lösen können. Sie müssen anerkannt sein, sie müssen dir das abnehmen. Und sie nehmen dir das immer dann ab, wenn du ihnen das Wort gibst und sie fragst, was sie wollen" (Interview 3, 115:121).

Ausgrenzungsprozesse

Die Literatur konnte zeigen, dass Menschen in benachteiligten Stadtteilen häufig von Ausgrenzung betroffen sind. Sie werden stigmatisiert, diskriminiert und abgelehnt. Dies hat zur Folge, dass ihnen die Partizipation am Gesellschaftsprozess verwehrt wird:

- *„Das Image des 'Wiener Gemeindebaus' ist in einer uninformierten Öffentlichkeit und in unkritischen Massenmedien nicht gut"* (Interview 2, 75:76).

- *„Wenn die Leute merken, ich bin nur willkommen in dieser Gemeinde, wenn ich arbeite, ich bekomme aber keine Arbeit, dann kann ich leider nicht mitmachen, das ist Ausgrenzung"* (Interview 3, 111:114).

Gemeinwesenarbeit kann in diesem Zusammenhang über Öffentlichkeitsarbeit dazu beitragen, dass das Image des Stadtteils verbessert und die Berichterstattung kritischer gestaltet wird.

Individuelle Probleme

Gemeinwesenarbeit orientiert sich grundsätzlich an der gesamten Bewohnerschaft eines Gemeinwesens. Demnach stellt die Bearbeitung individueller Probleme eine Grenze der Gemeinwesenarbeit dar, so Interviewpartnerin 1. Dieser Aspekt wurde in der Literatur nicht angesprochen:

„Gemeinwesenarbeit richtet sich per se an ein Kollektiv und stößt an Grenzen, wenn es um die Bearbeitung/Lösung von individuellen Problemstellungen geht, die anderer Methoden (z.B. Beratung, Therapie,..) bedürfen“ (Interview 1, 115:117).

8 FAZIT

Die Auswertung der Interviews verdeutlicht, dass die in der Literatur erhobenen Fakten weitgehend mit den Aussagen der ExpertInnen übereinstimmen. Gemeinwesenarbeit orientiert sich an den Bedürfnissen und Interessen der Menschen und geht dabei flexibel vor. Sie arbeitet gemeinsam mit den BewohnerInnen und will ihre Selbsthilfekräfte und Selbstorganisation fördern. Sie will die Menschen dazu befähigen, ihre Potentiale zu erkennen und sich für ihre Anliegen stark zu machen und begleitet und unterstützt sie in diesem Prozess. Die Schaffung niederschwelliger Angebote und eine non-direktive Pädagogik tragen dazu bei, Lernprozesse anzuregen, Ressourcen zu aktivieren und die BewohnerInnen zur Partizipation zu ermutigen. Dabei hat sich gezeigt, dass insbesondere die Soziale Netzwerkarbeit eine tragende Rolle spielt. Durch den Auf- und Ausbau von sozialen Kontakten und Netzwerken wird den BewohnerInnen die aktive, selbstbestimmte und eigeninitiative Gestaltung ihrer Lebenswelt ermöglicht. Um die Menschen zu erreichen und das Gemeinwesen zu erkunden greifen die ExpertInnen auf verschiedene Methoden zurück, die sich jedoch immer an der jeweiligen Situation und Bedarfslage orientieren. Dabei wurde deutlich, dass im Hinblick auf Kontaktaufnahme, Erreichbarkeit und Motivation vor allem Menschen mit Migrationshintergrund in den Blick zu nehmen sind. Als zentrale Ziele wurden die Verbesserung der Lebensqualität und der psychosozialen Gesundheit der BewohnerInnen genannt. Grenzen der Gemeinwesenarbeit sehen die ExperInnen in strukturellen Bedingungen, mangelnder Motivation der BewohnerInnen, begrenzter Betreuungszeit, Ausgrenzungsprozessen und individuellen Problemen.

9 BEANTWORTUNG DER FORSCHUNGSFRAGE

Wie die Literatur zeigen konnte, ist gesundheitliche Ungleichheit auf die Verflochtenheit von materiellen, psychosozialen und verhaltensbezogenen Faktoren, die unterschiedlich über die sozio-ökonomischen Gruppen verteilt sind, zurückzuführen (vgl. Mackenbach 2006, S. 31f.).

Demnach ist insbesondere an der nachhaltigen Verbesserung der gesamten Lebensqualität der Menschen anzusetzen (vgl. Sting et al. 2000, S. 9).

Das Gesundheitsförderungskonzept der Ottawa Charta will soziale Ressourcen, Teilhabechancen, Fähigkeiten und Handlungsmöglichkeiten aktivieren, erschließen und entfalten (ebd., S. 10).

Das bedeutet, dass Gemeinwesenarbeit nicht nur in der Theorie, sondern auch in der Praxis alle wesentlichen Aspekte des Konzeptes erfüllt. Durch ihren lebensweltorientierten Ansatz ist sie am besten geeignet, die Lebensbedingungen der BewohnerInnen kennenzulernen und damit ihre Bedürfnisse und Interessen wahrzunehmen und aufzugreifen. Gemeinwesenarbeit ist nicht defizitorientiert, sondern richtet ihr Augenmerk auf die Stärken und Potentiale eines Stadtteils. Dadurch wird es möglich, den Lebensalltag der BewohnerInnen zu verbessern. Gemeinwesenarbeit bearbeitet und löst soziale Konflikte und schafft damit die Basis für ein friedlicheres Zusammenleben der BewohnerInnen. Durch den Auf- und Ausbau von sozialen Kontakten und Netzwerken ergibt sich die Möglichkeit, im Bedarfsfall auf soziale Unterstützung zurückzugreifen. Dies kann gesundheitsförderliche Verhaltensweisen begünstigen und sich positiv auf die psychische Gesundheit auswirken. Zudem ist Gemeinwesenarbeit durch die Schaffung niederschwelliger Angebote und Maßnahmen und durch den Aufbau von persönlichen, vertrauensvollen und partnerschaftlichen Beziehungen in der Lage, auch jene Menschen zu erreichen, die sonst nie erreicht werden und sie in der Folge zur Partizipation anzuregen. Angebote wie gemeinsames Kochen oder sportliche Aktivitäten können in diesem Zusammenhang das Gesundheitsbewusstsein der BewohnerInnen fördern. All dies trägt zur Verbesserung

der Lebensqualität der BewohnerInnen bei und wirkt sich demnach positiv auf ihre Gesundheit aus.

Eine Grenze der Gemeinwesenarbeit stellt die fehlende Motivation der BewohnerInnen dar. Aber auch hier kann sie einiges erreichen, indem sie aktivierende Methoden einsetzt und erzielte Erfolge durch Öffentlichkeitsarbeit darstellt. Auch Ausgrenzungsprozesse können durch Öffentlichkeitsarbeit und den konstruktiven Austausch der Menschen untereinander abgemildert werden. Gemeinwesenarbeit stellt ein gruppen- und sozialraumbezogenes Konzept dar. Die Bearbeitung und Lösung individueller Problemlagen liegt daher nicht in ihrem Zuständigkeitsbereich. Strukturelle Bedingungen und begrenzte Betreuungszeiten stellen für die Gemeinwesenarbeit ebenfalls Grenzen dar. Sie kann jedoch Missstände sichtbar und damit politisch verhandelbar machen. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Gemeinwesenarbeit einen wichtigen Beitrag zur Verminderung gesundheitlicher Ungleichheit in benachteiligten Stadtteilen leisten kann.

LITERATURVERZEICHNIS

Abel, Thomas/Kolip, Petra (2012): Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen. In: Egger, Matthias/Razum, Oliver (Hrsg.): Public Health. Sozial- und Präventivmedizin Kompakt. Berlin: De Gruyter, S. 119-122.

Addams, Jane (1923): Settlementsarbeit. Wege zur Lebensgemeinschaft. Wien: Österreichischer Schülerbuchverlag, S. 25-90.

Angermeyer, Matthias, C. (ed.) (1987): From Social Class to Social Stress. New Developments in Psychiatric Epidemiology. Berlin: Springer Verlag.

Antonovsky, Aaron/Franke, Alexa (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Dgvt-Verlag.

Arlt, Ilse (1921): Die Grundlagen der Fürsorge. Werkausgabe Ilse Arlt, Band 1. Soziale Arbeit – Social Issues, Bd. 10, herausgegen und mit einem Nachwort versehen von Maria Maiss. Berlin 2010: LIT Verlag.

Bartley, Mel (2004): Health inequalities. An introduction to theories, concepts and methods. Cambridge: Polity Press.

Baumert, Jürgen (2003): PISA 2000 – Die Studie im Überblick. Grundlagen, Methoden und Ergebnisse. In: Politische Studien, 54. Jg., Sonderheft 3, S. 8-35.

Behindertenarbeit.at. (2015): Ständige Angst um den Arbeitsplatz ist „demoralisierend" – Kampf gegen soziale Kürzungen in Oberösterreich. In: http://www.behindertenarbeit.at/40169/standige-angst-um-den-arbeitsplatz-ist-demoralisierend-kampf-gegen-soziale-kurzungen-in-oberosterreich/ [06.05.2015].

Bittlingmayer, Uwe H./Sahrai, Diana/Schnabel, Peter-Ernst (2009) (Hrsg.): Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bortz, Jürgen/Döring, Nicola (2005): Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaften. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Boulet, J. Jaak/Krauss, E. Jürgen/Oelschlägel, Dieter (1980): Gemeinwesenarbeit. Eine Grundlegung. Bielefeld: AJZ.

Bundesministerium für Gesundheit (2009): Handbuch Alkohol – Österreich. Zahlen. Daten. Fakten. Trends. Dritte, überarbeitete und ergänzte Auflage 2009. In: http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/4/1/CH1039/CMS1305198709856/handbuch_alkohol_-_oesterreich_2009__zahlen,_daten_fakten_trends.pdf [19.06.2014].

Bundesministerium für Gesundheit (2010): Gesundheit und Gesundheitsförderung. In: http://bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Praevention/Gesundheit_und_Gesundheitsfoerderung [27.06.2014].

Bundesministerium für Gesundheit (2011): Gesundheit und Gesundheitsverhalten von österreichischen Schülern und Schülerinnen. Ergebnisse des WHO-HBSC-Survey 2010. In: http://www.kinderjugendgesundheit.at/uploads/hbsc_schuelerbericht2010_barrierefrei1.pdf [30.07.2014].

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2009): Alkoholspiegel. Hintergrundinformationen zur Alkoholprävention der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), S. 1-6. In: www.bzga.de/pdf.php?id=e1d5cf4897e7b980dbad28bf6cbd2355 [30.06.2014].

Bundesministerium für Wirtschaft, Familie und Jugend (2011): Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Leitfaden für die Kinderschutzarbeit in Gesundheitsberufen. In: http://www.kinderrechte.gv.at/home/upload/10%20news/leitfaden-kinderschutzgruppen-2011.pdf [18.07.2014].

Burzan, Nicole (2011): Soziale Ungleichheit. Eine Einführung in die zentralen Theorien. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Deinet, Ulrich (2009): Analyse- und Beteiligungsmethoden. In: Deinet, Ulrich (Hrsg.): Methodenbuch Sozialraum. Lehrbuch. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 65-86.

Deinet, Ulrich (2009a): Sozialräumliche Haltungen und Arbeitsprinzipien. In: Deinet, Ulrich (Hrsg.): Methodenbuch Sozialraum. Lehrbuch. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 45-62.

Der Standard (2013): Neun von zehn Lungenkrebs-Todesfällen durch Rauchen. In: http://derstandard.at/1369361856344/Neun-von-zehn-Lungenkrebstoten-durch-Rauchen [30.06.2014].

Der Standard (2014a): Alkohol: Jährlich mehr als drei Millionen Tote. In: http://derstandard.at/1399507278618/Weltweit-mehr-als-drei-Millionen-Tote-durch-Alkohol [30.06.2014].

Der Standard (2014b): Zu viel Alkohol: Mehr als 2.700 Jugendliche und Kinder im Spital. In: http://derstandard.at/1395056955200/Alkohol-Mehr-als-2700-Jugendliche-und-Kinder-im-Spital [30.06.2014].

Dragano, Nico (2007): Gesundheitliche Ungleichheit im Lebenslauf. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur Wochenzeitung Das Parlament, 42. Ausgabe, S. 18-25. In: http://sowiport.gesis.org/search/id/gesis-solis-00385688 [22.07.2014].

Ebbe, Kirsten/Friese, Peter (1989): Milieuarbeit. Grundlagen präventiver Sozialarbeit im lokalen Gemeinwesen. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.

Egger, Matthias/Razum, Oliver ((Hrsg.) (2012): Public Health. Sozial- und Präventivmedizin kompakt. Berlin: De Gruyther Verlag.

Elkeles, Thomas/Mielck, Andreas (1997): Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit. Gesundheitswesen, 59, S. 137-143.

Elsen, Susanne (2007): Die Ökonomie des Gemeinwesens. Sozialpolitik und Soziale Arbeit im Kontext von gesellschaftlicher Wertschöpfung und –verteilung. Weinheim: Juventa.

Europäische Kommission (2006): Einstellungen der Europäer zu Tabak. In: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_239_de.pdf [08.08.2014].

Flick, Uwe/v. Kardorff, Ernst/Steinke, Ines (2012): Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick, Uwe/v. Kardorff, Ernst/Steinke, Ines (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag, S. 13-29.

Franke, Alexa (2010): Salutogenetische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung/Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. In: http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=d808d09ce9691b197169590ccf01986c&id=angebote&idx=164 [28.06.2014].

Franzkowiak, Peter (2010a): Biomedizinische Perspektive. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung/Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. In: http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=2aac15958ef94154f3308b22160329f7&id=angebote&idx=142 [09.07.2014].

Franzkowiak, Peter (2010b): Gesundheits-/Krankheits-Kontinuum. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung/Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. In: http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=3e3de25614e6366f716356032ca89364&id=sysverz_liste_2&idx=137 [09.07.2014].

Franzkowiak, Peter (2010c): Soziale Unterstützung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung/Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. In:

http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/soziale-unterstuetzung/ [11.09.2014].

Frech, Siegfried (2007): Bürgerschaftliches Engagement. Der Bürger im Staat. Vorwort. In: Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg, 57. Jg., H. 4, S. 202-203. In: http://www.buergerimstaat.de/4_07/engagement.pdf [22.08.2014].

Friedensbüro Graz: Gemeinwesenarbeit. In: http://www.friedensbuero-graz.at/cms/service-angebote/konfprev/gemeinwesenarbeit/ [02.05.2015].

Früchtel, Frank/Cyprian, Gudrun/Budde, Wolfgang (2007): Sozialer Raum und Soziale Arbeit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Gabler Wirtschaftslexikon: Moderation. In: http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/moderation.html [23.07.2014].

Galuske, Michael (2007): Methoden der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 7., ergänzte Auflage. Weinheim: Juventa.

Gintzel, Ulrich (2008): Partizipation. In: Kreft, Dieter/Mielenz, Ingrid (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 6., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Weinheim: Juventa Verlag, S. 635-639.

Geyer, Siegfried (1997): Ansätze zur Erklärung sozial ungleicher Verteilung von Krankheiten und Mortalitäten. Gesundheitswesen, 59, S. 36-40.

Grazer Büro für Frieden und Entwicklung (2013): Siedlungsflugi Juli 2013. NANET Flosslend. In: http://www.friedensbuero-graz.at/cms/fileadmin/user_upload/Stadtteil/NaNet/Siedlungsflugi_Juli_2013.pdf [02.05.2015].

Grimm, Gaby/Hinte, Wolfgang/Litges, Gerhard (2004): Quartiermanagement. Eine kommunale Strategie für benachteiligte Wohngebiete. Modernisierung des öffentlichen Sektors. Bd. 23. Berlin: Edition Sigma.

Grunwald, Klaus/Thiersch, Hans (2011): Lebensweltorientierung. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 4., völlig neu bearbeitete Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 854-863.

Heimgartner, Arno (2009): Grundlegendes zur Gemeinwesenarbeit. In: Sing, Eva/Heimgartner, Arno (Hrsg.): Gemeinwesenarbeit in Österreich. Graz: Leykam, S. 10-20.

Heimgartner, Arno (2009a): Komponenten einer prospektiven Entwicklung der Sozialen Arbeit. Berlin: LIT Verlag.

Helmert, Uwe/Schorb, Friedrich (2009): Die Bedeutung verhaltensbezogener Faktoren im Kontext der sozialen Ungleichheit der Gesundheit. In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven, 2. aktualisierte Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 133-148.

Herriger, Norbert (2014): Grundlagentext Empowerment. In: http://www.empowerment.de/grundlagen/ [11.08.2014].

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

Hinte, Wolfgang (1996): Mit Bürgern gemeinwesenbezogen arbeiten. Perspektiven und Visionen. In: Wendt, Wolf Rainer (Hrsg.): Zivilgesellschaft und soziales Handeln. Bürgerschaftliches Engagement in eigenen und gemeinschaftlichen Belangen. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 96-111.

Hinte, Wolfgang (2001): Von der Stadtteilarbeit zum Stadtteilmanagement. Sozialraumorientierung als methodisches Prinzip sozialer Arbeit – von der Stadtteilarbeit zum Stadtteilmanagement. In: Hinte, Wolfgang/Lüttringhaus, Maria/Oelschlägel, Dieter (Hrsg.): Grundlagen und Standards der Gemeinwesenarbeit. Ein Reader für Studium, Lehre und Praxis. Münster: Votum Verlag, S. 83-89.

Hinte, Wolfgang (2001a): Grundlagen des Konzepts einer non-direktiven Pädagogik. In: Hinte, Wolfgang/Lüttringhaus, Maria/Oelschlägel, Dieter (Hrsg.): Grundlagen und Standards der Gemeinwesenarbeit. Ein Reader für Studium, Lehre und Praxis. Münster: Votum Verlag, S. 45-51.

Hinte, Wolfgang (2007): Stadtteilbezogene Soziale Arbeit und soziale Dienste – Lebensweltbezug statt Pädagogisierung. In: Hinte, Wolfgang/Lüttringhaus, Maria/Oelschlägel, Dieter (Hrsg.): Grundlagen und Standards der Gemeinwesenarbeit. Ein Reader zu Entwicklungslinien und Perspektiven, 2. Auflage. Weinheim: Juventa, S. 79-87.

Hinte, Wolfgang (2007a): Von der Stadtteilarbeit zum Stadtteilmanagement. Sozialraumorientierung als methodisches Prinzip Sozialer Arbeit. In: Hinte, Wolfgang/Lüttringhaus, Maria/Oelschlägel, Dieter (Hrsg.): Grundlagen und Standards der Gemeinwesenarbeit. Ein Reader zu Entwicklungslinien und Perspektiven, 2. Auflage. Weinheim: Juventa, S. 89-98.

Hinte, Wolfgang (2008): Sozialraumorientierung: ein Fachkonzept für Soziale Arbeit. In: http://www.fulda.de/fileadmin/buergerservice/pdf_amt_51/sonstiges/Sozialraumorientierung_Vortrag_W.Hinte_28.5.08.pdf [13.07.2014].

Hofer, Bernhard (2009): Lebensqualität. In: https://soziologieheutenews.wordpress.com/2009/10/18/lebensqualitat/ [28.11.2014].

Homfeld, Hans Günther/Sting, Stephan (2005): Soziale Arbeit und Gesundheit. In: Sozial Extra 29 (9), S. 41-45.

Homfeldt, Hans Günther/Sting, Stephan (2011): Gesundheit und Krankheit. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Unter Mitarbeit von Klaus Grunwald, Karin Böllert, Gaby Flösser und Cornelia Füssenhäuser. Völlig neu bearbeitete Auflage. München: Reinhardt, S. 567–579.

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

Hurrelmann, Klaus/Klotz, Theodor/Haisch, Jochen (2000): Einführung. Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: http://www.uni-ulm.de/fileadmin/website_uni_ulm/med.inst.020/Einf%C3%BChrungsscript_ab_SS_2010.pdf [13.05.2014].

Hurrelmann, Klaus/Franzkowiak, Franz (2010): Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung/Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. In: http://www.bzga.de/leitbegriffe/?uid=9c6b54624e7379566a7ec8af2a153617&id=angebote&idx=143&marksuchwort=1 [22.07.2014].

Hurrelmann, Klaus/Richter, Matthias (2013): Gesundheits- und Medizinsoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung. 8., überarbeitete Auflage. Weinheim: Juventa Verlag.

Janßen, Christian/Grosse Frie, Kirstin/Dinger, Hanna/Schiffmann, Lars/Ommen, Oliver (2009): Der Einfluss von sozialer Ungleichheit auf die medizinische und gesundheitsbezogene Versorgung in Deutschland. In: Richter, Matthias/Hurrelmann,

Klaus (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 149-165.

Jörg, Steffen/Röthig, Christina (2014): Beteiligung, Auseinandersetzung, Gentrifizierung – und die Rolle der GWA in der Praxis? In: http://stadtteilarbeit.de/theorie-gwa-146/grundlagen-gwa/399-rolle_gwa.html [22.09.2014].

Junge, B./Nagel, M. (1999): Das Rauchverhalten in Deutschland. In: Gesundheitswesen, Sonderheft 2, 61. Jg., Stuttgart – New York: Georg Thieme Verlag, S. 121-125. In: https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/zw_das-gesundheitswesen/gesu-suppl_klein.pdf [29.06.2014].

Karasek, Robert/Theorell, Tores (1990): Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books.
Kessl, Fabian/Reutlinger, Christian (2010): (Sozial)raum – ein Bestimmungsversuch. In: Kessl, Fabian/Reutlinger, Christian (Hrsg.): Sozialraum. Eine Einfürhung. 2., durchgesehene Auflage, S. 21-38.

Keupp, Heiner (2000): Gesundheitsförderung als Ermutigung zum aufrechten Gang. Eine salutogenetische Perspektive. In: Sting, Stephan/Zuhorst, Günter (Hrsg.): Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit. Weinheim und München: Juventa Verlag, S. 15-40.

Knapp, Gerald/Salzmann, Gerald (2009): Kindheit, Gesundheit und soziale Ungleichheit. In: Knapp, Gerald (Hrsg.): Kindheit, Gesellschaft und Soziale Arbeit. Lebenslagen und soziale Ungleichheit von Kindern in Österreich. Klagenfurt: Hermagoras, S. 468-500.

Knapp, Gerald/Köffler, Maria (2009): Kindheit, Familien und soziale Ungleichheit. In: Knapp, Gerald (Hrsg.): Kindheit, Gesellschaft und Soziale Arbeit. Lebenslagen und soziale Ungleichheit von Kindern in Österreich. Klagenfurt: Hermagoras, S. 192-230.

Knopf, H./Ellert, U./Melchert, H.-U. (1999): Sozialschicht und Gesundheit. In: Gesundheitswesen, Sonderheft 2, 61. Jg., Stuttgart – New York: Georg Thieme Verlag, S. 169-177. In: https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/zw_das-gesundheitswesen/gesu-suppl_klein.pdf [29.06.2014].

Kohls, Martin (2011): Morbität und Mortalität von Migranten in Deutschland. Forschungsbericht 9. In: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. In: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb09-mortalitaet.pdf?__blob=publicationFile [19.08.2014].

Konferenz der Vereinten Nationen für Umwelt und Entwicklung (1992): Agenda 21. Rio de Janeiro. In: http://www.un.org/Depts/german/conf/agenda21/agenda_21.pdf [12.08.2014].

Kreckel, Reinhard (2001): Soziale Ungleichheit. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit – Sozialpädagogik. Unter Mitarbeit von Karin Böllert, Gaby Flösser, Cornelia Füssenhäuser und Klaus Grundwald. Neuwied: Luchterhand, S. 1729-1735.

Krisch, Richard/Stoik, Christoph/Benrazougui-Hofbauer, Evelyn/Kellner, Johannes (2011): Glossar. Soziale Arbeit im öffentlichen Raum. In: www.wien.gv.at/gesellschaft/soziale-arbeit/pdf/glossar.pdf [18.07.2014].

Kritzinger, Sylvia/Ludvig, Alice/Müller, Karl (2009): „Pilotprojekt Effekte der Arbeitslosigkeit“. Endbericht. In: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.) In: http://www.sozialministerium.at//cms/site/attachments/0/0/9/CH2247/CMS1318326022365/effekte_der_arbeitslosigkeit-endbericht.pdf [14.07.2014].

Lampert, Thomas/Kroll, Lars Eric/Dunkelberg, Annalena (2007): Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. In: Aus Politik und Zeitgeschichte. Beilage zur

Wochenzeitung Das Parlament, 42. Ausgabe, S. 11-17. In: http://sowiport.gesis.org/search/id/gesis-solis-00385688 [29.07.2014].

Lampert, Thomas/Mielck, Andreas (2008): Gesundheit und soziale Ungleichheit. Eine Herausforderung für Forschung und Politik. In: GGW, Jg. 8, H. 2, S. 7-16. In: http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_ggw/wido_ggw_aufs1_0408.pdf [29.06.2014].

Land Steiermark – Amt der Steiermärkischen Landesregierung (2014): Prävention. In: http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/ziel/72663384/DE/ [17.07.2014].

Leschhorn Strebel, Martin (2009): Chronische Krankheiten haben eine Geschichte. Armut, Krise und Globalisierung. In: Medicus Mundi Schweiz. Netzwerk Gesundheit für alle. In: http://www.medicusmundi.ch/de/bulletin/med-in-switzerland/chronische-krankheiten-haben-eine-geschichte [18.09.2014].

Lüttringhaus, Maria (2001): Zusammenfassender Überblick: Leitstandards der Gemeinwesenarbeit. In: Hinte, Wolfgang/Lüttringhaus, Maria/Oelschlägel, Dieter (Hrsg.): Grundlagen und Standards der Gemeinwesenarbeit. Ein Reader für Studium, Lehre und Praxis. Münster: Votum Verlag, S. 263-267.

Mackenbach, Johan P. (2006): Health inequalities: Europe in Profile. An indepentend, expert report commissioned by the UK Presidency of the EU. In: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/socio_economics/documents/ev_060302_rd06_en.pdf [13.06.2014].

Magazin für Gesundheitsförderung und Prävention. Gesundes Österreich (2013): Wie soziale Beziehungen die Gesundheit fördern. 15. Jg., Nr. 3. In: http://www.fgoe.org/der-fonds/infos/magazin-gesundes-osterreich-3-13-thema-soziale-beziehungen-erschienen [12.05.2014].

Marmot, Michael/Wilkinson, Richard (2001): Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. BMJ 322, S. 1233-1236.

Marotzki, Winfried (2011): Leitfadeninterview. In: Bohnsack, Ralf/Marotzki, Winfried/Meuser, Michael (Hrsg.): Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung. 3., durchgesehene Auflage. Opladen: Verlag Barbara Budrich, S. 114.

Mayring, Philipp (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz Verlag.

Mayring, Philipp (2012): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, Uwe/v. Kardorff, Ernst/Steinke, Ines (Hrsg.): Qualitative Forschung. 9. Auflage. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag, S. 468-475.

Meuser, Michael/Nagel, Ulrike (2011): Experteninterview. In: Bohnsack, Ralf/Marotzki, Winfried/Meuser, Michael (Hrsg.): Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung. 3., durchgesehene Auflage. Opladen: Verlag Barbara Budrich, S. 57-58.

Meuser, Michael/Nagel, Ulrike (2013): Experteninterviews – wissenssoziologische Voraussetzungen und methodische Durchführung. In: Friebertshäuser, Barbara/Langer, Antje/Prengel, Annedore (Hrsg.): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. 4., durchgesehene Auflage. Weinheim: Beltz Juventa, S. 457-471.

Mielck, Andreas (2005): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion. 1. Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Mielck, Andreas/Helmert, Uwe (2006): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich/Razum, Oliver (Hrsg.): Handbuch

Gesundheitwissenschaften. Vollständig überarbeitete Auflage. Weinheim: Juventa, S. 603-623.

Mielck, Andreas (2010): Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). In: http://www.leitbegriffe.bzga.de/?uid=fb5bdb7682d22a0a089ac181e9e06306&id=angebote&idx=165 [22.07.2014].

Mohrlock, Marion/Neubauer, Michaela/Neubauer, Rainer/Schönfelder, Walter (1993): Let´s organize! Gemeinwesenarbeit und Community Organization im Vergleich. München: AG SPAK.

Müller, Carl Wolfgang/Nimmermann, Peter (1971): Stadtplanung und Gemeinwesenarbeit. München: Juventa.

Müller, Christian (2009): Entwicklungsbedingungen von Kindern in einer sozial benachteiligten Lebenswelt. In: Knapp, Gerald (Hrsg.): Kindheit, Gesellschaft und Soziale Arbeit. Lebenslagen und soziale Ungleichheit von Kindern in Österreich. Klagenfurt: Hermagoras, S. 174-191.

NANET Flosslend: Folder. In: http://www.friedensbuero-graz.at/cms/fileadmin/user_upload/Stadtteil/Folders/NaNet_folder_druck.pdf [02.05.2015].

News (2013): Miese Arbeitsbedingungen. In: http://www.news.at/a/arbeitsbedingungen-oesterreich-ak-kritik [04.09.2014].

News (2014): Arbeitslosigkeit um 12,8 % angestiegen. In: http://www.news.at/a/oesterreich-juni-2014-arbeitslosigkeit-weiterer-anstieg [14.07.2014].

Oelschlägel, Dieter (2001): Lebenswelt oder Gemeinwesen? Anstöße zur Weiterentwicklung der Theorie-Diskussion in der Gemeinwesenarbeit. In: Hinte, Wolfgang/Lüttringhaus, Maria/Oelschlägel, Dieter (Hrsg.): Grundlagen und Standards der Gemeinwesenarbeit. Ein Reader für Studium, Lehre und Praxis. Münster: Votum Verlag, S. 38-43.

Oelschlägel, Dieter (2001a): Strategiediskussionen in der Sozialen Arbeit und das Arbeitsprinzip Gemeinwesenarbeit. In: Hinte, Wolfgang/Lüttringhaus, Maria/Oelschlägel, Dieter (Hrsg.): Grundlagen und Standards der Gemeinwesenarbeit. Ein Reader für Studium, Lehre und Praxis. Münster: Votum Verlag, S. 53-73. ????

Oelschlägel, Dieter (2004): Selbstständig in der Lebenswelt – der Beitrag der Gemeinwesenarbeit. In: http://www.ash-berlin.eu/hsl/docs/3025/selbstständigkeit.pdf [14.06.2014].

Oelschlägel, Dieter (2005): Gemeinwesenarbeit. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik. 3. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 653-659.

Oelschlägel, Dieter (2005a): Quartiersmanagement. In: Kreft, Dieter/Mielenz, Ingrid (Hrsg.): Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik. 5. Auflage. Weinheim: Juventa, S. 688-692.

Oelschlägel, Dieter (2010): Sozialraumorientierung – Gemeinwesenarbeit. Eine Erweiterung von Handlungsmöglichkeiten für die soziale Arbeit. In: http://www.fhv.at/media/pdf/veranstaltungen-vortraege/veranstaltungen/vortragsunterlagen/vortrag-gemeinwesenarbeit-7.-april-2010-oelschlaegel [07.07.2014].

Oelschlägel, Dieter (2011): Gemeinwesenarbeit – Chancen, Möglichkeiten und Voraussetzungen. In: http://www.stadtteilarbeit.de/theorie-gwa-146/grundlagen-gwa/359-chancen-gwa.html [18.07.2014].

Olk, Thomas/Hartnuß, Birger (2011): Bürgerschaftliches Engagement. In: Olk, Thomas/Hartnuß, Birger (Hrsg.): Handbuch Bürgerschaftliches Engagement. Weinheim: Beltz, S. 145-161.

Oppolzer, A (1994): Die Arbeitswelt als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit. In: Mielck, Andreas (Hrsg.): Krankheit und soziale Ungleichheit – Ergebnisse der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. Opladen, Leske und Budrich, S. 125-165.

Ortmann, Karlheinz/Waller, Heiko (2005) (Hrsg.): Grundlagen und Perspektiven gesundheitsbezogener Sozialarbeit. (Vorwort) In: Gesundheitsbezogene Sozialarbeit. Eine Erkundung der Praxisfelder. Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren, S. 2-17.

Österreichischer Integrationsfonds (2011): ÖIF-Dossier N° 17. Migration und Gesundheit: Mögliche Wege aus dem Präventionsdilemma. In: http://www.integrationsfonds.at/oeif_dossiers/gesundheit/ [22.08.2014].

Peter, Richard (2009): Psychosoziale Belastungen im Erwachsenenalter: Ein Ansatz zur Erklärung sozialer Ungleichverteilung von Gesundheit? In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 118-131.

Pharmig (2012): Daten & Fakten 2012. Arzneimittel und Gesundheitswesen in Österreich. In: http://www.pharmig.at/uploads/214523_Daten_Fakten_online_8051_DE.pdf [04.08.2014].

Pinhard, Inga (2009): Jane Addams: Pragmatismus und Sozialreform. Pädagogische Theorie und Praxis der Progressive Era. Budrich UniPress, Opladen & Farmington Hills MI.

Pleiner, Günther/Thies, Reinhard (2005): Vom „sozialen Brennpunkt“ zur „sozialen Stadt“ – Sozialräumlicher Paradigmenwechsel in Gemeinwesenarbeit und Stadtteilmanagement. In: Riege, Marlo/Schubert, Herbert (Hrsg.): Sozialraumanalyse. Grundlagen – Methoden – Praxis. 2. Auflage, S. 207-220.

Prauser, Wolfgang (2005): Neue Medien in der Stadtteilarbeit. In: Gillich, Stefan (Hrsg.): Gemeinwesenarbeit: Die Saat geht auf. Grundlagen und neue sozialraumorientierte Handlungsfelder. Beiträge aus der Arbeit des Burckhardthauses. Bd. 10. Gelnhausen: TRIGA, S. 191-200.

Pro Senectute: Qualitätsleitfaden zur Gemeinwesenarbeit von Pro Senectude. In: www.gzw-netz.ch/div/Qualitaet_GWA_PS_dt.pdf [02.07.2014].

Qualitiy.de (2015): Lebensqualität. In: http://www.quality.de/lexikon/lebensqualitaet/ [18.01.2015].

Rauchfrei.de (2007): Raucherkrankheiten. In: www.rauchfrei.de/raucherkrankheiten2.htm [18.08.2014],

Richter, Matthias (2005): Gesundheit und Gesundheitsverhalten im Jugendalter. Der Einfluss sozialer Ungleichheit. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (2007): Warum die gesellschaftlichen Verhältnisse krank machen. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, 42. Jg., S. 3-10. https://www.google.at/#q=warum+die+gesellschaftlichen+verh%C3%A4ltnisse+krank+machen+aus+politik+und+zeitgeschichte [02.06.2014].

Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (2009): Gesundheitliche Ungleichheit: Ausgangsfragen und Herausforderungen. In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 13-33.

Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (2010): Determinanten von Gesundheit. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung/Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. In: http://www.bzga.de/leitbegriffe/?uid=da9c2b3aab5bdce6bad6ff83d794b041&id=angebote&idx=147&marksuchwort=1 [02.08.2014].

Riege, Marlo/Schubert, Herbert (2005): Zur Analyse sozialer Räume – Ein interdisziplinärer Integrationsversuch. In: Riege, Marlo/Schubert, Herbert (Hrsg.): Sozialraumanalyse. Grundlagen – Methoden – Praxis. 2. Auflage. S. 7-68.

Ries, Heinz A./Elsen, Susanne/Steinmetz, Bernd/Homfeldt, Hans Günther (1997): Einleitung. Trierer Thesen zur gemeinwesenorientierten Sozialen Arbeit. In: Ries, Heinz A./Elsen, Susanne/Steinmetz, Bernd/Homfeldt, Hans Günther (Hrsg.): Hoffnung Gemeinwesen. Innovative Gemeinwesenarbeit und Problemlösungen in den Bereichen lokaler Ökonomie, Arbeitslosigkeit, Gesundheit, Benachteiligung. Neuwied: Luchterhand, S. 13-23.

Robert Koch-Institut (RKI) (2005): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit. Expertise des Robert Koch-Instituts zum 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. In: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Armut.pdf?__blob=publicationFile [22.07.2014].

Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2006): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin. In: http://www.gbe-bund.de/gbe10/owards.prc_show_pdf?p_id=9965&p_sprache=D [29.06.2014].

Robert Koch-Institut (RKI) (2008): Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Migration und Gesundheit. Robert Koch-Institut, Berlin. In: https://www.gbe-bund.de/pdf/migration.pdf [22.08.2014].

Robert Koch-Institut (RKI) (Hrsg.) (2012): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. In: http://www.geda-studie.de/deutsch/ergebnisse/ergebnisbericht-geda-2010.html [02.07.2014].

Rolff, Hans-Günter (2004): Chancengleichheit. In: Lenzen, Dieter (Hrsg.): Pädagogische Grundbegriffe. Band 1: Aggression bis Interdisziplinarität. 7. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, S. 293-298.

Rosenbrock, Rolf/Kümpers, Susanne (2009): Primärprävention als Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen. In: Richter, Matthias/Hurrelmann, Klaus (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 385-403.

Schnee, Renate/Stoik, Christoph (2000): Empowerment im Schöpfwerk. Involvieren und mobilisieren von AkteurInnen im Stadtteil. In: Roessler, Marianne/Schnee, Renate/Spitzy, Christine/Stoik, Christoph (Hrsg.): Gemeinwesenarbeit und Bürgerschaftliches Engagement. Wien: Verlag des Österreichischen Gewerkschaftsbundes GmbH, S. 189-198.

Schnee, Renate/Stoik, Christoph (2001): Gemeinwesenarbeit – Definitionen und Begriffe. Skriptum. In: http://www.telesozial.net/cms/uploads/tx_kdcaseengine/Skriptum_Gemeinwesenarbeit_Definitionen_und_Begriffe_01.pdf [13.02.2014].

Schnee, Renate (2004): Vorlesungsbegleitendes Skriptum Gemeinwesenarbeit. In: http://www.telesozial.net/cms/uploads/tx_kdcaseengine/Skriptum_Gemeinwesenarbeit_Renate_Schnee_102004.pdf [13.02.2014].

Schnee, Renate (2006): Gemeinwesenarbeit – Soziale Arbeit mit Veränderungspotenzial. In: http://stadtteilarbeit.de/theorie-gwa/grundlagen-gwa/122-gwa-veraenderungspotential.html [13.02.2014].

Schnurr, Stefan (2005): Partizipation. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik. 3. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 1330-1345.

Schönig, Werner (2012): Born to be wild? Aktuelle Varianten, Zielgruppen und Haltungen der Gemeinwesenarbeit. In: Blandow, Rolf/Knabe, Judith/Ottersbach, Markus (Hrsg.): Die Zukunft der Gemeinwesenarbeit. Von der Revolte zur Steuerung und zurück? Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 29-42.

Schreier, Maren (2011): Gemeinwesenarbeit, Quartiersmanagement und Politik. In: http://www.arbeitnehmerkammer.de/cms/upload/Veranstaltungen/VA-Dokumentationen/Vortrag_Schreier_End_GWA_QM_Politik_April_2011.pdf [13.03.2015].

Schulze, Alexander/Lampert, Thomas (2006): Soziale Unterschiede im Rauchverhalten und in der Passivrauchbelastung in Deutschland. In: Robert Koch-Insititut (RKI) (Hrsg.). In: http://edoc.rki.de/documents/rki_fv/reJBwqKp45PiI/PDF/27ocvYbxUG4w_10.pdf [16.08.2014].

Schüler, Anja (2004): Frauenbewegung und soziale Reform. Jane Addams und Alice Salomon im transatlantischen Dialog, 1889-1933. In: Mauch, Christof/von Oertzen, Christine/Strupp, Christoph (Hrsg.): Transatlantische Studien, Band 16, Stuttgart: Franz Steiner Verlag.

Siegrist, Johannes (1989): Steps towards explaining social differentials in morbidity: the case of West Germany. In: Fox, John (ed.): Health inequalities in European countries. London: Gower Public, S. 353-371.

Siegrist, Johannes (1996): Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen: Hogrefe.

Siegrist, Johannes/Marmot/Michael (2008): Einleitung. In: Siegrist, Johannes/Marmot/Michael (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen. Bern: Verlag Hans Huber, S. 15-44.

Stadtteilzentrum Bassena. In: http://www.bassena.at/ [13.08.2014].

Statistik Austria (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. In: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/index.html [30.06.2014].

Statistik Austria (2008): Sozio-demographische und sozio-ökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. In: http://www.statistik.at/web_de/frageboegen/private_haushalte/gesundheitsbefragung/index.html [30.06.2014].

Statistik Austria (Hrsg.) (2009): Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse aus der EU-SILC 2007. In: http://www.sozialministerium.at//cms/site/attachments/2/5/4/CH2247/CMS1381906861783/eu-silc_2007.pdf [13.07.2014].

Statistik Austria (2014): Armuts- oder Ausgrenzungsgefährdung. In: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/soziales/gender-statistik/armutsgefaehrdung/index.html [10.07.2014].

Statistisches Bundesamt (2014): 14.551 Tote durch Alkoholkonsum – fast viermal so viele wie durch Verkehrsunfälle. In: https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Aktuell_zdw.html [09.09.2014].

Staub-Bernasconi, Silvia (2005): Ressourcenerschließung. In: Otto, Hans-Uwe/Thiersch, Hans (Hrsg.): Handbuch Sozialarbeit Sozialpädagogik. 3. Auflage. München: Ernst Reinhardt Verlag, S. 1507-1515.

Staub-Bernasconi, Silvia (2007): Integrale Demokratie als „way of life“. Das Demokratieverständnis von Jane Addams. In: Olympe. Feministische Arbeitshefte zur Politik, Heft 25/26 Zürich.

Steinkamp, Günther (1993): Soziale Ungleichheit, Erkrankungsrisiko und Lebenserwartung: Kritik der sozialepidemiologischen Ungleichheitsforschung. Sozial- und Präventivmedizin, 38, S. 111-122.

Stigler, Hubert/Felbinger, Günter (2005): Der Interviewleitfaden im qualitativen Interview. In: Stigler, Hubert/Reicher, Hannelore (Hrsg.): Praxisbuch Empirische Sozialforschung in den Erziehungs- und Bildungswissenschaften. Innsbruck: StudienVerlag Ges.m.b.H., S. 129-134.

Sting, Stephan/Zurhorst, Günter (2000): Einführung: Gesundheit – ein Kernthema Sozialer Arbeit? In: Sting, Stephan/Zurhorst, Günter (Hrsg.): Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit. Weinheim: Juventa, S. 7-11.

Stoik, Christoph (2000): Gemeinwesenarbeit im kommunalen Wohnbau. Gebietsbetreuung „neu“: zwischen Konfliktvermittlung und planerischer Arbeit. In: Roessler, Marianne/Schnee, Renate/Spitzy, Christine/Stoik, Christoph (Hrsg.): Gemeinwesenarbeit und Bürgerschaftliches Engagement. Wien: Verlag des Österreichischen Gewerkschaftsbundes GmbH, S. 138-146.

Stoik, Christoph (2006): AG 4: Fachliches Arbeiten in der Gemeinwesenarbeit. Workshop: Aspekte der Ökonomisierung in der Sozialen Arbeit. In: http://www2.fhstp.ac.at/~webmaster/equal_template/content/Downloads/02_Fachliche-

Standards-in-der-Sozialen-Arbeit/Gemeinwesenarbeit_und_Fachlichkeit.pdf [09.08.2014].

Stoik, Christoph (2008): Sozialraumorientierung als theoretische Grundlegung der Sozialen Arbeit. In: http://www.forschungsnetzwerk.at/downloadpub/sioe_2_08_stoik2008.pdf [02.08.2014].

Stoik, Christoph (2009): Aktivierende Befragung/Aktivierendes Gespräch. In: http://www.sozialraum.de/aktivierende-befragung-aktivierendes-gespraech.php [13.09.2014].

Stoik, Christoph (2014): Gemeinwesenarbeit als Antwort für Transformationsprozesse? In: http://www.wiki.at/_lccms_/downloadarchive/00026/1411_gwa_graz_cs2_Stoik.pdf [02.11.2014].

Stövesand, Sabine (2002): Gemeinwesenarbeit = Quartiersentwicklung? In: http://www.stadtteilarbeit.de/themen/theorie-stadtteilarbeit/verbindendestrennendes/115-gemeinwesenarbeitquartiersentwicklung.html [11.09.2014].

Stövesand, Sabine/Stoik, Christoph (2015): Recht auf Stadt! Aus Sicht und im Rahmen professioneller GWA. In: http://www.stadtteilarbeit.de/theorie-gwa-146/grundlagen-gwa/402-stadt_gwa.html [22.01.2015].

Szynka, Peter (2006): Theoretische und Empirische Grundlagen des Community Organizing bei Saul D. Alinksy (1909-1972). Eine Rekonstruktion. Bremen: Akademie für Arbeit und Politik der Universität Bremen.

Terpitz, Anja (2012): Mediation & Moderation in der Stadt- und Regionalentwicklung. In: Steineis-Hochschule Berlin. Akademie für Soziales und Recht. In:

ttp://www.akasor.de/mediation_und_moderation_in_der_stadt-und_regionalentwicklung [11.07.2014].

The Marmot Review - Fair Society, Healthy Lives. In: http://www.instituteofhealthequity.org/projects/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review [12.07.2014].

Thiersch, Hans/Grunwald, Klaus/Köngeter, Stefan (2012): Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. In: Thole, Werner (Hrsg.): Grundriss Soziale Arbeit. Ein einführendes Handbuch, 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 175-196.

Townsend, Peter/Davidson, Nick (eds.) (1992): Inequalities in Health. The Black Report/Whitehead, Margaret: The Health Divide. New edition. Revised and updated. Penguin Books.

Tröhler, Daniel (2005): Moderne Großstadt und soziale Gerechtigkeit. Der frühe Pragmatismus am Beispiel von Jane Addams. In: Tröhler, Daniel/Oelkers, Jürgen (Hrsg.): Pragmatismus und Pädagogik. Studien zur historischen Pädagogik und Sozialpädagogik. Zürich: Verlag Pestalozzianum, S. 87-114.

Verein für Sozialplanung (1998): Sozialraumanalyse und Sozialplanung. Fachpolitische Stellungnahme 1998. In: http://www.vsop.de/cms/front_content352d [18.09.2014].

Verein Vernetzungskugel - Plattform für vernetztes Denken und Handeln: „Frühstück mit mir“ – eine Initiative zum Thema: Neue Armut. In: http://www.vernetzungskugel.at/fruehstueck_mit_mir/index.htm [18.05.2015].

Wagner, Ingrid (2013): Gemeinwesenarbeit in der Sozialen Arbeit. Traditionslinien – aktuelle Entwicklungen – (Ziel-) Richtungen. In: Magazin erwachsenenbildung.at. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs. Ausgabe 19, S. 2-9. In: http://erwachsenenbildung.at/magazin/13-19/meb13-19.pdf [05.06.2014].

Wendt, Wolf Rainer (1989): Gemeinwesenarbeit. Ein Kapitel zu ihrer Entwicklung und zu ihrem gegenwärtigen Stand. In: Ebbe, Kirsten/Friese, Peter: Milieuarbeit. Grundlage präventiver Sozialarbeit im lokalen Gemeinwesen. Übersetzt von Axel Maychrzak. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, S. 1-34.

WHO-Regionalbüro für Europa: Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986. In: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1 [25.05.2014].

WHO Europa. International Centre for Health and Society (2004): Soziale Determinanten von Gesundheit: die Fakten. Zweite Ausgabe / Redaktion Richard Wilkinson und Michael Marmot. In: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98441/e81384g.pdf [04.04.2014].

WHO (2006): Tobacco – deadly in any form or disguise. In: http://www.who.int/tobacco/communications/events/wntd/2006/Tfi_Rapport.pdf [30.06.2014].

WHO (2008): Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. In: http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf [08.08.2014].

WHO (2011): Global status report on noncommunicable diseases 2010. In: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789240686458_eng.pdf?ua=1 [18.09.2014].

Whrigt, Michael T./Block, Martina/Unger, Hella von (2008): In: http://www.partizipative-qualitaetsentwicklung.de/partizipation/stufen-der-partizipation.html [14.09.2014].

Wilkinson, Richard (1996): Unhealthy societies – the afflictions of inequality. London: Routledge.

Wilkinson, Richard (2005): The Impact of Inequality. How to make Sick Societies Healthier. London: New Press.

Wilkinson, Richard/Pickett, Kate (2006): Income inequalitiy and population health: a review and explanation of the evidence. Soc Sci Med 62, S. 1768-1784.

World Vision Institut für Forschung und Innovation (2008): Soziale Ausgrenzung. In: http://www.armut.de/armut-in-deutschland_soziale-ausgrenzung.php [24.08.2014].

Wörterbuch der Sozialpolitik: Soziokulturelle Animation. In: http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicopossode/show.cfm?id=631 [06.06.2014].

Zurhorst, Günter (2000): Armut, soziale Benachteiligung und Gesundheit. In: Sting, Stephan/Zuhorst, Günter (Hrsg.): Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit. Weinheim: Juventa Verag, S. 41-54.

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Simply explanatory diagram: factors which have been shown to „mediate“ between low socio-economic position and risk of ill-health 26
Abbildung 2: Anteil der Männer und Frauen mit sehr gutem allgemeinem Gesundheitszustand nach sozialem Status 28
Abbildung 3: Schulbesuch von Kindern zwischen 10 und 14 Jahren nach Armutsgefährdung ihrer Haushalte 38
Abbildung 4: Wahrnehmung einer Gesundheitsgefährdung durch die Arbeit 47
Abbildung 5: Stufen der Partizipation 87

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Prävalenzraten ausgewählter Krankheiten und soziale Schicht, Bundes-Gesundheitssurvey 1998, 18- bis 79jährige 30
Tabelle 2: Prävalenzraten von Riskiofaktoren und soziale Schicht, Bundesgesundheitssurvey 1998, 18- bis 79jährige 31
Tabelle 3: Merkmale finanzieller Deprivation 34
Tabelle 4: Häufigkeitsverteilung 41
Tabelle 5: Rauchverursachte Krankheiten und Gesundheitsstörungen 50

ANHANG

Interviewleitfaden

1 Begriffsverständnis:

1.1 Bitte definieren Sie aus Ihrer Perspektive, was Sie unter Gemeinwesenarbeit im Allgemeinen verstehen?

2 Projekt:

2.1 Bitte stellen Sie Ihr Projekt vor.

3 Angebote/Leistungen:

3.1 Welche Angebote/Leistungen werden im Rahmen ihres Projektes angeboten?

4 THEORETISCHE FUNDIERUNG:

4.1 Arbeitsprinzipien:

4.1.1 Welche Arbeitsprinzipien nehmen in Ihrer Arbeit den größten Stellenwert ein?

4.2 Methoden:

4.2.1 Welche Methoden sind Ihres Erachtens am besten geeignet, um die Menschen zu erreichen?

5 Zielgruppe:

5.1 Wie wird die Kontaktaufnahme seitens der Betroffenen aufgenommen? Gibt es Widerstände? Wenn ja, wie können diese aufgelöst werden?

5.2 Welche Zielgruppen sind besonders schwer zu erreichen?

5.3 Wie werden die Angebote seitens der Betroffenen aufgenommen?

5.4 Was tragen die Personen dazu bei?

5.5 Welche Zielgruppen sind besonders schwer zu motivieren?

6 Ziele:

6.1 Welche Ziele werden mit Gemeinwesenarbeit verfolgt?

6.2 In welchen Bereichen sehen Sie die größten Erfolge?

6.3 Wie kann Nachhaltigkeit gewährleistet werden?

7 Grenzen:

7.1 Wo sehen Sie Grenzen von Gemeinwesenarbeit?

7.2 In welchen Bereichen sehen Sie den größten Handlungsbedarf?

Codesystem

- Begriffsverständnis
  - Bedürfnis- und Interessensorientierung
  - Flexibilität
  - Gemeinsam mit den Menschen
  - Förderung der Selbsthilfekräfte und Selbstorganisation
  - Empowerment
  - Prozesshaftigkeit
- Arbeitsprinzipien
  - Niederschwelligkeit
  - Non-direktive Pädagogik
  - Ressourcenorientierung
  - Partizipation
  - Vernetzung und Kooperation
- Methoden
  - Aktivierende Befragung
  - Konfliktbearbeitung
  - Soziale Inszenierung
  - Öffentlichkeitsarbeit
  - Alle Methoden, die möglich sind
- Zielgruppe
  - Kontaktaufnahme
    - MigrantInnen
  - Erreichbarkeit
    - MigrantInnen
  - Beitrag
  - Motivation
    - SeniorenInnen
    - MigrantInnen
    - Lohn- und Betreuungsarbeit

Ziele

Verbesserung der Lebensqualität

Erfolge

Vernetzung und Kommunikation

Empowerment

Nachhaltigkeit

Vernetzung

Grenzen

Strukturelle Bedingungen

Fehlende Motivation der BewohnerInnen

Begrenzte Betreuungszeit

Ausgrenzungsprozesse

Individuelle Probleme