

Community Social Work als Missing Link der regionalen Gesundheitsversorgung

Tom Schmid

Die Covid-19-Pandemie hat wie in einem Brennglas die Stärken und Schwächen des österreichischen Gesundheitssystems aufgezeigt. Die Stärken liegen zweifellos in einem gut ausgebauten dezentralen Netz stationärer Spitalsversorgung und einer im internationalen Vergleich relativ hohen Zahl von Intensivbetten, bezogen auf die Bevölkerung (Science Blog 2020¹). Der niedergelassene Bereich ist hingegen von einem (regional unterschiedlich dichten) Netz von Einzelordinationen niedergelassener Hausärzt*innen gekennzeichnet, die nahezu ohne jede institutionelle Kooperation mit anderen Berufsgruppen tätig sind. Vernetzt tätige Primärversorgungszentren sind (trotz gegenteiliger Orientierung der Politik) immer noch absolute Minderheit (Schmid 2018, Pfliegerl/Redelsteiner/Schmid, 2020). Insgesamt kann man das österreichische Gesundheitswesen daher als sehr fragmentiert (Flemmich, 2018) bezeichnen. Vor allem aufgrund des besonders fragmentierten niedergelassenen Angebotes kommt der stationären und ambulanten Spitalsversorgung de facto eine hohe Bedeutung zu, die zu einem großen Teil durchaus auch von einem vernetzten niedergelassenen Bereich (im Sinne des „*best point of service*“) abgedeckt werden könnte (Fischer et al. 2011, Brustmann et al. 2017).

Die oft schlechte Erreichbarkeit der hausärztlichen Ordinationen (vertragliche Öffnungszeiten von 20 Stunden in der Woche) und die rasche Überweisung zu nachgeordneten Gesundheitseinrichtungen führt zu einem starken Ausweichen vieler Patient*innen gleich zu Fachärzt*innen oder zu Spitalsambulanzen. Differenziert sind die Ergebnisse einer Umfrage von GfK im Auftrag des Hauptverbandes von 2016 (GfK 2016). Demnach ist die erste Anlaufstelle bei einem medizinischen Problem für 47% der Befragten der*die Hausarzt*in (vor allem Männer, 70+-Jährige), für 48% der*die Fachärzt*in (Frauen, Wiener*innen, Menschen in Großstädten) und für 9% die Spitalsambulanz (Jugendliche/junge Erwachsene der „Generation Z“)². Eine Erhebung in Vorarlberg analysierte die Zuweisungsgründe der Ambulanzaufnahme in Krankenhäusern des Landes Vorarlberg im Jahr 2010 nach den Gründen der Aufnahme und stellt fest (Vorarlberger Landesregierung 2010: 3): 51,9% der Aufnahmen sind verordnete Kontrolltermine, 24,7% sind so genannte „*Selbstzuweiser*innen*“ ohne Überweisung, 2,7% haben einen Termin, 5,3% werden mit der Rettung gebracht und 15,4% kommen auf Grund einer Zuweisung aus dem niedergelassenen Bereich.

Ein Viertel der Patient*innen, die Spitalsambulanzen aufsuchen, kommen also aus eigenem Antrieb. Als Gründe für den Besuch einer Spitalsambulanz werden genannt: Notfall (68%), bessere Ausstattung mit Geräten (33%), umfassendere Versorgung / Behandlung (30%), bessere Öffnungszeiten (27%), höhere medizinische Kompetenz (27%), alle Versorgungsangebote unter einem Dach (26%), Kontrolltermin / Wiederbestellung (23%), leichte Erreichbarkeit (11%), kürzere Wartezeiten auf Termin (5%), kürzere Wartezeiten in der Ambulanz (5%) (GfK 2016: 12; Mehrfachnennungen möglich). Nur für etwa die Hälfte der Patient*innen ist die hausärztliche Ordination immer die Anlaufstelle erster Wahl. Zwei jüngere qualitative Studien befassen sich mit der Haltung

der Patient*innen zu einem Gatekeeper-Lenkungssystem mit der hausärztlichen Ordination als Gatekeeper (Auer et al. 2011) und andererseits mit den Erwartungen der Patient*innen an „gute“ Primärversorgung (Fischer et al. 2014).

Ein wesentlicher Grund der mangelhaften Attraktivität der hausärztlichen Versorgung ist sicher in deren nahezu ausschließlich medizinischen Orientierung zu suchen. Ein bio-psycho-sozialer Betreuungsansatz findet sich im niedergelassenen Bereich kaum, am ehesten noch in den wenigen Primärversorgungszentren, wo hausärztliche Versorgung kombiniert ist mit Pflege, Sozialarbeit, verschiedenen Therapieberufen und weiteren Unterstützungen (Schmid, 2018). Anders im stationären Bereich, da Spitäler nicht nur über multiprofessionelle Gesundheitsteams verfügen, sondern sehr oft auch Spitalsozialarbeit anbieten und daher den Patient*innen für komplexe Problemlösungen³ zur Verfügung stehen (Böhmer/Schinnerl, 2017) – freilich nur, solange der stationäre Aufenthalt dauert, da das Spital selbst (und daher auch die Spitalsozialarbeit) keinen extramuralen Nachbetreuungsauftrag hat.

Im Gegensatz zum Krankenhaus fehlt es im niedergelassenen Bereich fast überall an niederschweligen, für die Bevölkerung gut erreichbaren Versorgungseinheiten mit multiprofessionellen Teams. Ziel wäre, in möglichst vielen Fällen gesundheitlicher und sozialer Probleme eine weitgehende multiprofessionelle Lösung „unter einem Dach“ möglichst ohne Weiterleitung in andere Versorgungseinrichtungen zu etablieren. Dabei wäre ein Wechsel der Strategie vom medizinischen defizitorientierten Blick des Mangels (der „Krankheit“) hin zu einem sozialen, ressourcenorientierten Blick auf die Lösung unter möglichst hohem Anteil von Selbstlösung (uno actu- Ansatz) nötig.

Wohnortnahe Fürsorglichkeit

Wenn man einen umfassenden Blick auf die Bedürfnisse der Menschen in ihren Wohnumgebungen nach Hilfe und Unterstützung entwickeln will, der sich vom medizinischen Defizitmodell gelöst hat, macht der als „Fürsorglichkeit“ verstandene Care-Begriff Sinn, um neue Dimensionen der Hilfestrukturen zu erkennen: Bei so verstandener „Care“ geht es um *„den Zusammenhalt unserer Gesellschaft, der über wechselseitige Sorge (Care) gewährleistet wird (...), hierzu gehören unverzichtbare Tätigkeiten wie Fürsorge, Erziehung, Pflege und Unterstützung, bezahlt und unbezahlt. (...) – kurz: die Sorge für Andere, für das Gemeinwohl und als Basis die Sorge für sich selbst, Tag für Tag und in den Wechselfällen des Lebens. Care ist Zuwendung und Mitgefühl ebenso wie Mühe und Last. Gleichwohl ist Care keine Privatangelegenheit, sondern eine gesellschaftliche Aufgabe“* (Autor*innen-gruppe 2013: 1).

„Fürsorglichkeit“ im Sinne von „Care“ lässt sich daher nicht bloß als (privat, intermediär oder öffentlich erbrachte) „Reproduktionsarbeit“ verstehen, sondern muss als „Zuwendungsarbeit“ (Tronto 1996: 144) begriffen werden, die in der Familie, im persönlichen Nahraum oder durch öffentliche Soziale Dienste (ambulant, mobil oder stationär) (Dimmel/Schmid 2013) erbracht wird. Diese Zuwendungsarbeit verfolgt das Ziel, die Lebenssituation von Menschen, die dies aus eigener Kraft nicht können, zu stabilisieren oder zu verbessern. Die begriffliche Fassung dieser Zuwendungsarbeit wurde von Joan Tronto entwickelt: *„Fürsorglichkeit ist eine Tätigkeit der menschlichen Gattung, die alles*

beinhaltet, was wir unternehmen, um unsere Welt zu erhalten, sie fortbestehen zu lassen und sie wiederherzustellen, sodass wir in ihr so gut wie möglich leben können. Diese Welt umfasst unseren Körper, unser Selbst und unsere Umwelt, die wir allesamt in ein komplexes und lebenserhaltendes Netz zu verweben suchen“ (Tronto 1996: 147).

Tronto folgend zerfällt dieser Fürsorglichkeitsprozess in vier verschiedene, miteinander (zum Teil auch personell) eng verflochtene Dimensionen, die jedoch getrennt zu analysieren sind, denn jede der vier Dimensionen schafft sich sein eigenes Universum von Ressourcen und Defiziten, von Resilienz und Unterstützungsbedarfen:

- „*Caring about*“: die Entwicklung von Einsicht in und Aufmerksamkeit für den Bedarf an Fürsorge/Zuwendung bzw. das Bedürfnis danach
- „*Caring for*“: die Übernahme von Verantwortung für eine gewisse Fürsorge und Zuwendung
- „*Care giving*“: das praktische Eingehen auf den Bedarf an Fürsorge und Zuwendung bzw. die Befriedigung dieses Bedürfnisses
- „*Care receiving*“: Akzeptanz und Mitwirkung der Person(en), die Fürsorglichkeit erhalten (nach Tronto, 1996:147)

Notwendig ist daher bei der Konzeptierung und Entwicklung wohnortnaher Hilfsangebote zuerst, zu erkennen, welcher konkreter Hilfebedarf gegeben ist und wie (und von wem) darauf reagiert werden soll, um eine möglichst weitgehende gemeinsame Lösung zu finden. Dabei wäre bereits auf Konzeptebene die jeweilige Personalisierung der vier Care-Funktionen auszumachen; insbesondere wäre in einer umfassenden Sozialplanung festzustellen, wo und wie jeweils die Funktionen von „*Caring about*“, „*Caring for*“ und „*Care giving*“ zwischen Personen aus dem privaten Umfeld der betroffenen Person und professionellen Hilfesystemen aufzuteilen wäre. Daher ist bereits in der Diagnostik dort, wo multithematische Probleme bestehen, neben der medizinischen auch eine soziale Diagnostik der Problemlagen und Lösungsressourcen notwendig.

Anders als in anderen Europäischen Ländern (beispielsweise in Finnland, siehe Häkkinen 2016, 2017) befinden sich in Österreich multiprofessionelle kommunale Sozial- und Gesundheitszentren, Community Nurses (z.B. Auer/Hengel 2012) oder Community Social Work (z.B. Rausch 2012) genauso wie Primärversorgungszentren (z.B. Schmid 2018) erst in einem Versuchs- und Aufbaustadium mit sehr langsamer Entwicklungstendenz. Was daher leider immer noch bleibt, ist ein sehr medizinlastiges, stark fragmentiertes (Flemmich 2018) Gesundheitssystem mit der Dominanz niedergelassener Haus- und Fachärzt*innen und stark frequentierten Spitalsambulanzen, verbunden mit hohem Medikamentenverbrauch sowie Problemen, die sich aus (ungewollten) Wechselwirkungen verschiedener Medikamente ergeben (GÖG 2006). Auch das Tarif- und Abrechnungssystem führt oft zu falschen Anreizen. Wenn etwa die Ausfahrt einer Rettung nur abgerechnet werden kann, wenn sie mit dem Transport in ein Krankenhaus verbunden ist, führen oft auch Bagatellprobleme, die durchaus vor Ort gelöst werden könnten, zu einer vermeidbaren stationären Unterbringung. Beispiele können zeigen, wie mangelhafte Abstimmung verschiedener Hilfesysteme (Notruf 144, Krankentransport, Hausärzt*in, Klinik, psychosoziale Betreuungseinrichtung, ...) (auch) bei korrektem Verhalten aller Beteiligten zwar zu einem massiven Einsatz unterschiedlicher

Hilferessourcen (die dann unter Umständen stundenlang für andere Fälle blockiert sind) führen kann, ohne für die betroffene Patientin eine adäquate Lösung zu finden (Redelsteiner/Pflegerl/Schmid 2020: 104). Diese durchaus vom „*unsystematischen System*“ vorgesehenen Lösungen sind überbeuert und gleichzeitig hoch belastend für Betroffene wie Akteur*innen. Erst eine wirksame und nachhaltige Überwindung des fragmentierten Gesundheits- und Sozialsystems kann hier wirksame und ressourcenschonende Lösungen finden.

Deutlich wird das Fehlen wohnortnaher und auch nachgehender psychosozialer Hilfestrukturen, aber auch die immer noch bestehende (erlebte und befürchtete) Stigmatisierung bei Inanspruchnahme psychosozialer Hilfe, bei der Analyse von Fehlinsanspruchnahmen akuter Hilfestrukturen durch so genannte „*heavy users*“. In einer Analyse der Einsatzdaten des Notruf 144 für Wien konnten etliche Patient*innen mit mehr als 40 monatlichen Hilferufen beim Notruf, in der Regel verbunden mit nachfolgenden Rettungseinsätzen und immer wieder auch Transporten in ein Krankenhaus, festgestellt werden (Novosad/Wallner 2018, Böhmer/Novosad 2018). Solche Einsätze können zu einer akutstationären Unterbringung für eine Nacht führen, viel öfter aber wird die betroffene Person gleich nach der Anamnese wieder aus dem Spital entlassen (und ist in manchen Fällen schneller wieder in ihrer Wohnung als das beteiligte Einsatzfahrzeug in seinem Stützpunkt).

Aufsuchende Sozialarbeit

Folgende Ursachen, die außerhalb der medizinischen Sphäre liegen, aber dennoch zu lösen sind, um sowohl die Lebensbedingungen der Betroffenen zu verbessern als auch den Einsatz der professionellen Ressourcen zu schonen und den Frustrationspegel der hier Tätigen niedrig zu halten (nach Redelsteiner/Pflegerl/Schmid 2020: 105) sind vor allem zu nennen:

- Einsamkeit der betroffenen Patient*innen: Das Fehlen ausreichend stabiler und in Krisen aktivierbarer persönlicher Netzwerke führt auch bei einfach zu lösenden Problemen (wie eine heruntergefallene TV-Fernbedienung oder nicht erklärbarer Bauchschmerz) dazu, dass das einzige leicht zugängliche Hilfsnetz, der Notruf 144, aktiviert wird – verbunden mit dem Erleben, nun plötzlich im Mittelpunkt des Geschehens zu stehen (oft das erste Mal seit 48 oder mehr Stunden).
- Überforderung der Angehörigen: Besonders Langzeit-Leidende, aber auch demente Personen sind für Angehörige eine schwere Belastung und führen auch zu deren Überforderung (insbesondere bei beengtem Wohnraum und eigenen Problemen); fehlender oder mangelhafter „*vernünftiger*“ Response der Betroffenen (das „*care receiving*“ in der Tronto’schen Differenzierung) führen oft zum (leicht zugänglichen) Ausweg, mit einem Anruf bei 144 die notwendige und klärende Autorität in den eigenen Haushalt zu holen.
- Psychosoziale Problemlagen: Die (oft alleinstehenden) Betroffenen haben eine Krise, Angstzustände, Atembeschwerden, Panikattacken oder ein Alkoholproblem und fühlen sich subjektiv sehr elend – auch in diesem Fall wird auf die einzige

leicht erreichbare und rund um die Uhr zur Verfügung stehende aufsuchende Ressource, den Notruf 144, zurückgegriffen.

Aufsuchende Community Nurses und/oder Community Social Workers, die so abgerechnet werden, dass eine befriedigende Lösung vor Ort nicht nur das beste Mittel der Wahl, sondern auch das für den einsatztragenden Dienst ökonomisch vernünftigste Mittel ist, könnte hier sozusagen zwei Fliegen mit einer Klappe treffen – die subjektive Lebenssituation der betroffenen Menschen und ihres sozialen Umfeldes (Familie, Freundeskreis) wesentlich zu verbessern und gleichzeitig erheblichen Kostendruck aus dem Gesundheitssystem zu nehmen.

Die vom Fonds Soziales Wien (FSW) finanzierte Wohnbetreuung psychisch kranker Menschen, die in eigenen Genossenschaftswohnungen leben, unterstützt durch Sozialarbeiter*innen und Sozialpädagog*innen, die in einem in fußläufiger Entfernung von diesen Wohnungen situierten Stützpunkt rund um die Uhr in Bereitschaft stehen, fängt viele dieser Probleme wirksam ab. In dem seit Sommer 2020 in Betrieb stehenden Projekt TBW₂₄ (siehe www.band.at) werden 12 Nutzer*innen in ihren Genossenschaftswohnungen betreut, sowohl durch regelmäßige vereinbarte Kontakte als auch durch spontane Kriseninterventionen bei Bedarf, rund um die Uhr. Für schwere Krisen gibt es im Stützpunkt ein eigenes, dauerhaft betreutes Krisenzimmer. Auf diese Weise können in der Regel Krankenhausaufenthalte ohne Qualitätsverluste hintangehalten werden.

Mit diesem Modell können Menschen, die bislang auf den Platz in einer Wohngemeinschaft (mit allen Einschränkungen der Autonomie und Lebensqualität) angewiesen oder regelmäßige Drehtürpatient*innen der Psychiatrie waren, eigenständiges, autonomes und möglichst unabhängiges Wohnen mit den notwendigen Unterstützungen und Sicherheitsnetzen entwickeln. Dieses Modell folgt dem Vorbild der italienischen Psychiatriereform Franco Basaglias (Basaglia/Basaglia-Ongaro 1972, Zehentbauer et al. 1999, Toresini 2016). Das Problem dabei: es ist derzeit nicht niederschwellig genug, um eine wirksame Antwort auf das oben dargestellte Problem der heavy users sein zu können. Denn um von dieser Einrichtung betreut zu werden, bedarf es einer Anerkennung der psychischen Erkrankung durch den Fonds Soziales Wien auf Antrag der Betroffenen. Für diese ist diese (und ähnliche) Einrichtung eine wichtige Alternative zur Drehtürpsychiatrie und zum Leben in einer Wohngemeinschaft, aber es handelt sich um ein – gemessen an den Problemen – relativ hochschwelliges Angebot.

Die Anleitung bzw. Leitung der Patient*innen zu für sie passende und ausreichende Unterstützungsformen erfordert sowohl ein abgestimmtes Angebot an entsprechenden Dienstleistungen auf allen Ebenen – Gemeinden und Gesundheitssprengel könnten die Träger dieser Abstimmung sein, viele andere Staaten zeigen mögliche Lösungen. Diese vernetzten Strukturen (bzw. zumindest ihren Aufbau) vorausgesetzt wäre Community Care ein integrativer Lösungsansatz, der Patient*innen, Angehörige, helfende Berufsgruppen, Soziale Dienste, mobile, ambulante und stationäre Hilfestrukturen miteinbezieht und vernetzt, um Menschen an die „richtige Adresse“ zu bringen (Näheres dazu Redelsteiner/Pflegerl/Schmid 2020: 106ff).

Community Care ist kein Rezept, das aus einem Lehrbuch kopiert und überall gleich angewendet werden kann. Es handelt sich vielmehr um ein Handlungsprinzip der Vernetzung aller Fürsorglichkeitstätigkeiten (Tronto 1996), um die jeweils niederschwelligste und zugleich umfassendste Betreuung, die notwendig ist und gleichzeitig ein

Maximum an Autonomie der Betroffenen und ihres sozialen Umfeldes zulässt, zu organisieren und zu garantieren. Dazu gehört ein flächendeckend ausgebautes Netz von Primärversorgungseinheiten in Ablöse der heute mit geringen Öffnungszeiten und geringer professioneller Vernetzung arbeiteten Einzelordinationen. In der Betreuung demenzkranker Menschen kann das in den Niederlanden entwickelte Modell Buurtzorg (Hais, 2018) solch eine Vernetzung bilden. Das klare Ziel dieses Modells ist die integrierte Versorgung von älteren Menschen in ihrer häuslichen Umgebung. Hier wird an den noch vorhandenen Ressourcen der älteren Menschen angesetzt und abgeklärt, was die Person noch selbst kann (Ressourcenorientierung statt Defizitorientierung) bzw. wo Unterstützung nötig ist. Dabei übernehmen die professionellen mobilen Beschäftigten auch eine koordinierende Funktion, indem sie die Zusammenarbeit mit Angehörigen, Nachbarschaft, Sozialen Diensten, Primärversorgung und Pflegekräften fördern und koordinieren („*Caring about*“ im Sinne von J. Tronto 1996). Die so entstandenen Teams haben hohe Autonomiespielräume und koordinieren sich nach Bedarf, nicht nach fix vorgegebenen Zeiten. Sie sind aber elektronisch gut vernetzt, sodass gewährleistet ist, dass Alle Zugang zu allen wichtigen Informationen haben.

Für die Umsetzung in Österreich müssen, darauf weist auch Hais (2018: 293ff) hin, die stark ausdifferenzierten und rechtlich stark in Abgrenzungen regulierten Berufsgruppen viel besser aufeinander abgestimmt werden, um eine interdisziplinäre Kooperation auf Augenhöhe zu schaffen. Das gilt nicht nur für die Demenzbetreuung und die Entwicklung der Pflege, sondern für alle Bereiche extramuraler gesundheits- und sozialpolitischer Unterstützung.

In einer komplexen, gemeindenah abgestimmten informellen und formellen mobilen, ambulanten und stationären Gesundheits- und Sozialversorgung kann Community Social Work ein missing link bilden, dass die bereits hier tätigen Berufsgruppen, helfenden Laien und Angehörigen, aber auch die Betroffenen vernetzt und unterstützt. Soziale Arbeit hat diese Vernetzungstätigkeit in der Ausbildung und in der Praxis gelernt, reflektiert, evaluiert und entsprechend beforscht. Bereits Ilse Arlt, die erste Theoretikerin der Sozialen Arbeit in Österreich, beschreibt in ihrer „*Fürsorgewissenschaft*“ von 1958 die 13 menschlichen Grundbedürfnisse, die es zu vernetzen und zu befriedigen gilt, um ein gedeihliches Leben (Arlt) möglich zu machen (Arlt 2010). Diese Vernetzungsarbeit vor dem Hintergrund eines bio-psycho-sozialen Gesundheitsverständnisses im Sinne der Ottawacharta macht deutlich, wieso Soziale Arbeit (auch) als Gesundheitsberuf zu verstehen ist (Redelsteiner 2018) und daher auch in der Registrierung der Gesundheitsberufe aufgenommen werden sollte. Bislang war es nicht einmal möglich, Soziale Arbeit neben Medizin und Pflege als einem der „Kernberufe“ eines Primärversorgungszentrums anzuerkennen, obwohl die praktischen Erfahrungen mit Sozialer Arbeit in den wenigen Primärversorgungszentren tagtäglich belegen, dass die konkreten Unterstützungsleistungen sozialer Arbeit genauso einen wesentlichen Anteil an der Gesundung der Patient*innen haben wie die ärztlichen und pflegerischen Leistungen, da sie ihren Beitrag leisten, um ein gedeihliches Leben (Arlt 2010) nachhaltig zu ermöglichen (Schmid 2018).

Zwischen Staat, privat und autonom

Community Social Work kann also das missing Link einer wohnortnahen Sozial- und Gesundheitsversorgung sein, wenn man bereit ist, Gesundheit nicht allein als einen Zustand fehlender Erkrankung bzw. fehlender Krankheitssymptome zu verstehen, sondern im Sinne eines salutogenetischen Ansatzes dem weiten Gesundheitsbegriff der WHO, wie er 1986 in der Ottawa-Charta formuliert wurde, folgen möchte. *„Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen“* (WHO 1986: 5). Gefordert ist also ein Mainstreaming in allen sozial-, gesundheits- und gesellschaftspolitischen Feldern (nach dem EU-Ansatz *„Health in all Policies“*), denn der *„Gesundheitssektor alleine ist nicht in der Lage, die Voraussetzungen und guten Perspektiven für die Gesundheit zu garantieren“* (WHO 1986 2). Gesundheit ist also augenfällig eine komplexe Querschnittsmaterie.

Die Sorge für Andere und für uns selbst ist nie zur Gänze zu verstaatlichen, denn wir alle wollen autonom über unsere Dinge entscheiden können. Sie ist aber auch nie zur Gänze zu privatisieren, denn das würde unsere Leistungsfähigkeit für uns und Andere erheblich überfordern. Öffentliche Daseinsvorsorge umfasst auch die Absicherung (lokaler) gesundheits- und sozialpolitischer Strukturen und Angebote im ausreichenden und erwünschten Ausmaß. Fürsorglichkeits-Regimes müssen daher immer ein gesellschaftlich akzeptiertes und finanziertes Gleichgewicht zwischen Staat und Privat schaffen. Dies beinhaltet immer und systemlogisch ein gewisses Konfliktpotential, *„insofern erstens das Bedürfnis nach Zuwendung stets die Möglichkeiten seiner Befriedigung übersteigt und zweitens diejenigen, die sich um andere kümmern, selbst auch Bedürfnisse haben“* (Tronto 1996: 147). Private Zuwendungsarbeit stößt oft bald an die Grenzen des Machbaren bzw. der Belastbarkeit jener, die Zuwendung geben. Öffentliche Leistungen und ihre Finanzierung stoßen regelmäßig an Grenzen der Bereitschaft, öffentliche Gelder ausreichend zur Verfügung zu stellen. Lösungen sind im jeweiligen Einzelfall daher durch einen – oft nicht konfliktfreien – Aushandlungsprozess zu finden und zu etablieren. Für faire Regeln muss die Gesundheits- und Sozialpolitik sorgen.

Anmerkungen

- 1) Österreich verfügte im März 2020 über 21,8 Intensivbetten auf je 100.000 Einwohner*innen, nur Luxemburg mit 24,8 und Deutschland mit 29,2 lagen darüber. Italien verfügte über 12,5 Intensivbetten je 100.000 EW, Großbritannien über 6,6 (Europaschnitt 11,5) (Science Blog, 2020).
- 2) Bei der Befragung, die durch die GfK durchgeführt worden ist, waren Mehrfachnennungen möglich, weshalb die jeweiligen genannten Prozentverteilungen insgesamt über 100% ergeben.
- 3) In vielen Bezirken Niederösterreichs beispielsweise weisen niedergelassene Hausärzt*innen ältere, vor allem alleinstehende Patient*innen für ein paar Tage in ein Spital ein, damit die Spitalsozialarbeit den Pflegegeldantrag stellt – weil das die hausärztliche Betreuungszeit überfordern würde und weil es im niedergelassenen Bereich kaum entsprechende Unterstützungs- und Hilfsstrukturen gibt (eine sehr teure Form, einen Antrag zu stellen ...).

- 4) Wesensmerkmal (sozialer) Dienstleistungen ist das Zusammenfallen von Erzeugung und Verbrauch der Dienstleistung („uno actu Prinzip“), daher sind die Zielpersonen der Leistungen genauso (Ko-)Produzent*innen der (sozialen) Dienstleistung wie ihre Anbieter*innen (Leistungserbringer*innen), Selbstlösung ist also immer Teil der Lösung (siehe auch das Problem der Compliance) (Dimmel/Schmid 2013: 37).
- 5) Die Methode des „Familienrates“, wie sie an der FH St. Pölten entwickelt und gelehrt wird, ist eine Methode dazu (siehe [http:// www.fhstp.ac.at/de/studium-weiterbildung/soziales/familienrat](http://www.fhstp.ac.at/de/studium-weiterbildung/soziales/familienrat) [hppt://familienrat.at.](http://familienrat.at)) Auch die Entwicklung kommunaler multiprofessioneller Gemeinwesenzentren kann eine Drehscheibe für die konkrete Entwicklung komplexer Fürsorglichkeitsprozesse von Betroffenen, Angehörigen und Sozialen Diensten sein, siehe etwa Redelsteiner/Moser/Zahorka, 2019.
- 6) Zu den Methoden sozialer Diagnostik siehe z.B. Pantucek, 2009
- 7) Laut einer GÖG-Studie aus 2006 waren Medikamentenwechselwirkungen einer der häufigsten Gründe für ungeplante Wiederaufnahmen im Krankenhaus (GÖG 2006: IV).
- 8) Die es aber auf Grund der Abrechenbarkeits-Bestimmungen oft nicht beim Abklären und Beruhigen bewenden lassen, sondern einen Transport in das nächste Krankenhaus durchführen, was auf Grund der Erkrankung bzw. Demenz ziemlich sicher zu mehreren Tagen stationärem Aufenthalt führt – für die Angehörigen zwar eine Erleichterung, für das Gesundheitssystem und die betroffene Person aber eine vermeidbare Belastung.
- 9) 1,85 % der Gesamteinsätze der Rettung in Wien sind Mehrfacheinsätze innerhalb von 36 Stunden ohne klares medizinisches Problem (Redelsteiner/Pflegerl/Schmid 2020: 105).
- 10) TBW 24 steht für Teil Betreutes Wohnen 24 Stunden
- 11) Allein aus demografischen Gründen (Älterwerden der überaus stark besetzten Geburtenjahrgänge der späten 50er und frühen 60er Jahre) ist in den kommenden 30 Jahren zumindest mit einer Verdoppelung der Zahl demenzkranker Personen zu rechnen.
- 12) Das setzt aber hoch entwickelte Standards von Mobiltelefon und Internet auch in der Fläche voraus (Glasfaser, 5G); hier hat Österreich gegenwärtig noch Aufholbedarf.
- 13) Die gegenwärtige Pflegediskussion beim Sozialministerium droht, diesen Aspekt aus den Augen zu verlieren und die nötigen Lösungen nicht interdisziplinär, sondern vielmehr berufsständisch anzudenken. Nicht einzelne Berufsgruppen sollten im Zentrum der Debatte um Lösungen stehen, sondern die Interessen, Bedürfnisse und Ressourcen der betroffenen Personen und ihres sozialen Umfeldes (siehe Dimmel et al. 2021).

Literatur

- Arlt, Ilse (2010): Wege zu einer Fürsorgewissenschaft. Münster. LIT-Verlag.
- Auer, Katharina / Hengl, Stephanie (2012): Kinder in Korneuburg. In: Brandstetter, Manuela / Schmid, Tom / Vyslouzil, Monika (Hrg.): Community Studies aus der Sozialen Arbeit – Theorien und Anwendungsbezüge aus der Forschung im kleinstädtischen/ländlichen Raum. Wien. LIT-Verlag, S. 283–292.
- Auer, Katharina / Fischer, Timmo / Hengl, Stefanie / Schuppenlehner, Mathias / Schmid, Tom (2011): Fünf typische Wege im Gesundheitssystem – die Rolle des Hausarztes in der Versorgungskette. Wien. Soziale Sicherheit 10/2011. S. 470–482.
- Autor*innengruppe (2013): Von der Care-Krise zur Care-Gerechtigkeit. Manifest 2013. <https://care-macht-mehr.com/manifest-2013-2/>
- Basaglia, Franco / Basaglia-Ongaro Franca (1972): Die abweichende Mehrheit. Die Ideologie der totalen sozialen Kontrolle. Frankfurt/Main. Suhrkamp.
- Böhmer, Veronika / Schinnerl, Annika (2017): Sozialarbeit im Krankenhaus – Ein Querschnitt der Top-Down- und Bottom-Up-Perspektive. St. Pölten (BAC-Thesis).
- Böhmer, Veronika / Novosad, Heinz (2018): Sozialarbeiterische Handlungskonzepte bei wiederholter Inanspruchnahme im Gesundheitswesen. <http://www.fhstp.ac.at/de/studium-weiterbildung/soziales/soziale-arbeit-bachelorprojekte/professionelle-aufsuchende-soziale-arbeit>.
- Brustmann, Ilonka / Inan, Yasemin / Kerzendorfer, Simone / Laun, Pascal / Schmid, Tom; unter Mitarbeit von Messina, Chiara und Tilich, Tatjana (2017): Patient*innenmotivation zum Besuch von Spitalsambulanzen. Wien. (Projektbericht)
- Dimmel, Nikolaus / Schmid, Tom (2013): Soziale Dienste in Österreich. Innsbruck – Bozen – Wien. Studienverlag.

- Dimmel, Nikolaus / Nausner, Peter / Schmid, Tom / Wolfmayr, Franz (2021): Pflegegegenwart und Pflegezukunft. Policy-paper 2 des ZfSW; erscheint 2021 als Buch.
- Fischer, Timo / Schuppenlehner, Mathias / Schmid, Tom unter Mitarbeit von Auer, Katharina und Hengl, Stephanie (2011): Fünf typische Wege ins Gesundheitssystem: Die Rolle des Hausarztes in der Versorgungskette. In: Soziale Sicherheit 10/2011. Wien. S. 470–482.
- Flemmich, Günter (2018): Fragmentierte Finanzierung, fragmentierte Versorgung. In: Flemmich, Günter / Hais, Angelika / Schmid, Tom (Hrg.) Gesundheitsberufe im Wandel. Wien. LIT-Verlag. S. 217–247.
- GfK (2016): GfK Erhebung Gesundheit 2016. Wien.
- Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) (2006): Nahtstellenmanagement bei Arzneimitteln – Österreich und Niederlande im Vergleich. Wien. https://ppri.goeg.at/sites/ppri.goeg.at/files/inline-files/PUBL_NahtstellenmanagementArzneimitteln_4.pdf
- Hais, Angelika (2018): Die mobile Langzeitpflege Österreich goes Buurtzorg – Chancen und Grenzen eines niederländischen Modells. In: Flemmich, Günter / Hais, Angelika / Schmid, Tom (Hrg.) Gesundheitsberufe im Wandel. Wien. LIT-Verlag. S. 284–297.
- Häkkinen, Hannele (2016): Health Care in Finland. (Powerpoint-Vortrag). Helsinki.
- Häkkinen, Hannele (2017): Präventive Hausbesuche für die Älteren in Finnland. (Powerpoint-Vortrag). Helsinki.
- Land Vorarlberg (2010): Studie Selbstzuweisung 2010. Analyse der Vorarlberger Spitalsambulanzen als Anlaufstelle für Selbstzuweisungen. Bregenz (Powerpoint-Vortrag).
- Novosad, Heinz / Wallner, Stephan (2017): Sozialarbeitsgestützte Triage bei Notruf 144. Filterung und Lenkung von psychosozialen Hilfsanfragen zu passenden Ressourcen. St. Pölten (Masterthesis).
- Pantucek, Peter (2009): Soziale Diagnostik – Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. Wien – Köln – Weimar. Böhlau.
- Pfegerl, Johannes / Redelsteiner, Christoph / Schmid, Tom (2020): Community Care – ein integratives Konzept zur kooperativen Versorgung im Gemeinwesen. In: Soziale Sicherheit 3/2020. Wien. S. 113–122.
- Rausch, Cornelia (2012): Gemeinwesenarbeit. Implementierung professioneller Sozialarbeit in das Dienstleistungsangebot des Gemeindeamtes der Stadt Mödling als Teil der kommunalen Daseinsvorsorge. In: Brandstetter, Manuela / Schmid, Tom / Vyslouzil, Monika (Hrg.): Community Studies aus der Sozialen Arbeit – Theorien und Anwendungsbezüge aus der Forschung im kleinstädtischen/ländlichen Raum. Wien. LIT-Verlag. S. 373–385.
- Redelsteiner, Christoph (2018): Soziale Arbeit als Gesundheitsberuf. In: Flemmich, Günter / Hais, Angelika / Schmid, Tom (Hrg.) Gesundheitsberufe im Wandel. Wien. LIT-Verlag. S. 157–173.
- Redelsteiner, Christoph / Moser, Michaela / Zahorka, Florian (2019): Gemeinwesenzentrum Orth an der Donau. gemeinsam.gesundheit.gestalten. Ilse Arlt Institut für soziale Inklusionsforschung, St. Pölten.
- Science-Blog (2020): Corona-Epidemie und Intensivbetten in Europa – Gesundheits-Check (scienceblogs.de), Schmid, Tom (2019): Primärversorgung. In: Flemmich, Günter / Hais, Angelika / Schmid, Tom (Hrg.) Gesundheitsberufe im Wandel. Wien. LIT-Verlag. S. 274–283
- Toresini, Lorenzo (2016): Deinstitutionalisierung in der Psychiatrie als Ressource. In: Erking, Julia / Richter, Veronika / Schmid, Tom (Hrg.) Aufbruch / Ausbruch – Baustellen der Gleichstellung. Wien. LIT-Verlag. S. 12–16.
- Tronto, Joan (1996): Politics of Care – Fürsorge und Wohlfahrt. In: Transit, Nr. 12, Frankfurt/Main. S. 142–153.
- WHO (1986): Ottawacharta zur Gesundheitsförderung. WHO-Europabüro; https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf;
- Zehentbauer, Josef / d’Ontofrio, Patricia / Tullio, Francesco / Toresini, Lorenzo / Basaglia, Franco (1999): Die Auflösung der Irrenhäuser. Oder die neue Psychiatrie in Italien. München. Zenitverlag.
- (Alle Internetfundstellen wurden am 20.1.2021 kontrolliert)