

Gesund ist, wer nicht krank ist?

**Subjektive Gesundheitsvorstellungen oberösterreichischer Hausärzte
und ihre gegenwärtige und zukünftige Rolle**

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

der Gesundheitswissenschaften

„Doctor of Public Health“

an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld

vorgelegt von

Karin Rumpelsberger

Krottental 1

A-4492 Hofkirchen

Erstgutachter: Prof. (em.) Dr. Bernhard Badura

Zweitgutachter: Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger

Vorwort

Viele wissenschaftliche Arbeiten weisen Bezüge zum beruflichen oder privaten Kontext des Forschenden auf. Die vorliegende Dissertation verdankt ihre Entstehung einer großen Begeisterung für Theorie und Praxis „der Gesundheit“, die durch die Beschäftigung bei der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse geweckt und genährt wurde und wird.

Den erfolgreichen Abschluss der Dissertation verdanke ich zu allererst Herrn Professor Dr. Bernhard Badura, der sich für mein Thema interessierte und mich stets unterstützte. Danke für die wertvolle Anleitung und fachliche Beratung. Ebenso danke ich Prof. Dr. Dr. Thomas Gerlinger für seine Unterstützung.

Mein besonderer Dank gilt auch der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse und speziell denjenigen Vorgesetzten und Kollegen, die mich nicht nur für das berufsbegleitende wissenschaftliche Arbeiten motiviert haben sondern mir auch wertvolle Unterstützung gaben.

Ein großes Dankeschön geht an die Ärztekammer für Oberösterreich für das Befürworten der Dissertation und vor allem an jene dreizehn oberösterreichischen Hausärzte, die mir ein Interview gaben – ohne die institutionelle und persönliche Unterstützung der Ärzteschaft wäre meine Dissertation nicht zu verwirklichen gewesen.

Der strukturelle Rahmen, der durch den Promotionsstudiengang an der Universität Bielefeld gegeben war und die dadurch gegebene Möglichkeit zum wissenschaftlichen Austausch mit Kollegen war für mich sehr hilfreich für das Vorankommen. Danke an die Studiengangsbetreuer und meine Kommilitonen.

Während der Arbeit an meiner Dissertation haben mich Arbeitskollegen, Freunde und Verwandte in vielfältiger Weise unterstützt – sei es durch Hilfe bei der Transkription der Interviews, als Diskussions- und Interviewpartner oder auch durch Entlastung von anderweitigen Verpflichtungen im beruflichen und privaten Kontext. Ich danke Euch dafür.

Zu guter Letzt gilt mein tiefster Dank meiner Familie - allen voran Gerhard, Eva und Lara: ohne Eure positive Einstellung gegenüber meiner Dissertation und Eure Unterstützung wäre es deutlich schwerer gewesen, das Promotionsvorhaben zu einem positiven Abschluss zu bringen.

Karin Rumpelsberger

1. WAS KANN DER HAUSARZT FÜR UNSERE GESUNDHEIT TUN? - EINLEITUNG UND PUBLIC HEALTH RELEVANZ	3
2. FORSCHUNGSDESIGN UND FRAGESTELLUNG	11
3. THEORETISCHE EINORDNUNG UND FORSCHUNGSSTAND	17
3.1 Gesundheit: ein Begriff, viele Definitionen	17
3.2 Kontinuum und Koexistenz statt Dichotomie – gesundheitswissenschaftliche Konzepte von Gesundheit	19
3.3 Subjektive Krankheitstheorien	22
3.4 Subjektive Gesundheitsvorstellungen	25
3.4.1 Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Laien	26
3.4.2 Subjektive Gesundheitsvorstellungen unter spezifischen Blickwinkeln	28
3.4.3 Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Professionellen	29
3.5 Gesundheitsförderung und Prävention	33
3.5.1 Gesundheitsförderung	36
3.5.2 Krankheitsprävention	39
3.5.3 Gesundheitsförderung und Prävention aus der (subjektiven) Sicht von Ärzten	42
4. DER HAUSARZT ALS DREH- UND ANGELPUNKT DES VERSORGUNGSSYSTEMS IN THEORIE UND PRAXIS	44
4.1 Die Funktionen der allgemeinärztlichen Tätigkeit	46
4.2 Gesundheitsförderung und Prävention in der Allgemeinmedizin	50
4.3 Wirkungsbereich des Hausarztes	58
4.4 Ausgangslage in (Ober-)Österreich	63
5. „EMPIRISCHE FORSCHUNG IST HANDELN NACH BESTIMMTEN REGELN“ - METHODENKAPITEL	65
5.1 Exploration und Zugang zum Feld	68
5.2 Datenerhebung und Transkription	70
5.3 Datenauswertung – qualitative Inhaltsanalyse	73
5.3.1 Der Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse	76
5.3.2 Das Suchraster für die vorliegende Untersuchung	79
5.3.3 Vorgehen bei der Extraktion	83
6. DARSTELLUNG UND DISKUSSION DER ERGEBNISSE	85
6.1 Die Befragungsteilnehmer	86
6.2 Gesundheit ist für mich... - die subjektiven Gesundheitsvorstellungen oberösterreichischer Hausärzte	91
6.2.1 Ergebnisse	91
6.2.2 Diskussion	96

6.3 Das Rollenverständnis und aktuelle Tätigkeitsprofil oberösterreichischer Hausärzte	100
6.3.1 Wie oberösterreichische Hausärzte ihre Rolle sehen	100
6.3.2 Häufigste Tätigkeiten in oberösterreichischen Hausarztpraxen	113
6.3.3 Gewünschte zusätzliche Angebote der Hausarztpraxis	116
6.3.4 Diskussion	118
6.4 Gesundheitsförderung und Prävention aus der Sicht oberösterreichischer Hausärzte	125
6.4.1 Ergebnisse: Die subjektiven Konzepte von Gesundheitsförderung und Prävention	125
6.4.2 Diskussion	136
6.5 Hausärztliche Tätigkeit im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention	140
6.5.1 Aktuelles Angebot	140
6.5.2 Erwünschte zusätzliche Angebote	150
6.5.3 Diskussion	152
6.6 Aus- und Weiterbildung aus der Sicht oberösterreichischer Hausärzte	156
6.6.1 Der Bereich Kuration	156
6.6.2 Der Bereich Prävention und Gesundheitsförderung	160
6.6.3 Diskussion	161
6.7 Oberösterreichische Hausärzte zu den Rahmenbedingungen für Ihre Tätigkeit und zu Zukunftsszenarien	163
6.7.1 Ergebnisse	163
6.7.2 Diskussion	173
6.8 Methodische Erkenntnisse	175
7. SCHLUSSFOLGERUNGEN UND HANDLUNGSEMPFEHLUNGEN	179
ABKÜRZUNGEN	202
ABBILDUNGSVERZEICHNIS	203
LITERATURVERZEICHNIS	205

1. Was kann der Hausarzt für unsere Gesundheit tun? - Einleitung und Public Health Relevanz

„The international health policy virus of „reform“ is affecting EU countries to varying degrees“ (Maynard 2005, S. 255). Neben dieser Diagnose, dass aktuell in vielen Ländern regelmäßig Gesundheitsreformen durchgeführt werden – und der Klage, dass diese Reformen selten Fakten-basiert und zielgerichtet sind – ist man sich auch über folgende fünf Kernaussagen für das Gesundheitswesen insgesamt im Großen und Ganzen einig. Erstens vollzieht sich ein demographischer Wandel, indem die Menschen immer älter werden. Die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt stieg seit dem Ende des 19. Jahrhunderts von unter fünfzig Jahren auf rund achtzig Jahre an – die Lebenserwartung der Frauen lag und liegt durchwegs über jener der Männer (Geiser 1990). Damit einher geht zweitens ein Wandel im Krankheitsspektrum. Die im 19. Jahrhundert lebensbedrohlichen Infektionskrankheiten wie Tuberkulose oder Cholera sind in der westlichen Welt weitgehend beherrscht und es dominieren andere Krankheitsbilder das Geschehen. „Bei im Durchschnitt langsam steigender Lebenserwartung entfallen derzeit mehr als drei Viertel der als vorzeitig definierten Sterbefälle in industrialisierten Ländern auf vier Todesursachen: Herz-Kreislauf-Krankheiten, Krebserkrankungen, Krankheiten der Atmungsorgane und Unfälle im mittleren und jüngeren Alter. Unter den nicht zum Tode führenden Krankheiten vergrößern chronische Krankheiten wie degenerative Muskel- und Skeletterkrankungen sowie psychisch manifestierte Leiden einschließlich der Suchtkrankheiten kontinuierlich ihren Anteil.“ (Rosenbrock 1998), S. 5. Drittens erleben wir einen medizinisch-technischen Fortschritt, der die Kosten steigert - aber nicht immer auch die Lebensdauer und/oder Lebensqualität, wenn man zum Beispiel an den Arzneimittelsektor mit seinen unter Kosten-Nutzen-Aspekten zum Teil äußert umstrittenen ständigen Wirkstoff-Neuentwicklungen denkt. (Fricke 2000). Viertens gilt als erwiesen, dass am Gesundheitssektor im Gegensatz zu den allgemein gültigen Marktgesetzen die *Anbieter* der Leistungen die Nachfragehöhe wesentlich bestimmen. (Böcken et al. 2000). Fünftens schließlich mehren sich die Anzeichen dafür, dass das derzeitige Medizinsystem bei der „Produktion“ von Gesundheit an seine Grenzen stößt. Es erscheint im Zuge der rasanten Entwicklung der Medizin zwar heute nicht ausgeschlossen, dass auch in Bereichen, wo die

kurative Medizin bisher an ihre Grenzen stieß, neue Behandlungsformen angeboten werden können (z.B. Wiederherstellung eines geschädigten Organs durch Einpflanzen junger, gesunder Zellen), es leuchtet jedoch unmittelbar ein, dass selbst gegenüber noch so guten reparativen Verfahren der Gesundheitsförderungsansatz, nämlich Krankheit, Gebrechen und Beeinträchtigungen gar nicht bzw. möglichst spät erst entstehen zu lassen, zu bevorzugen ist. „Es spricht vieles dafür, dass sich durch die Integration von Prävention und Gesundheitsförderung in die Versorgung die Effektivität der Gesundheitsversorgung erhöhen ließe“ (Hurrelmann et al. 2004, S. 16). Gerade angesichts der steigenden Bedeutung chronischer Krankheiten ist ein wesentlicher Vorteil von Investitionen in die Gesundheitsförderung und Prävention, dass in der Regel durch eine Intervention (z.B. bessere Ernährung, weniger Belastung durch Stress, gesündere Arbeitsbedingungen, mehr sozialer Rückhalt) das Risiko für mehrere Krankheiten gesenkt werden kann. „So lebt ein vom Herzinfarkt geheilter Patient noch lange genug, um einen Schlaganfall zu erleiden. Wird der Herzinfarkt statt durch eine erfolgreiche Behandlung aber durch eine verbesserte Prävention verhindert, sinkt gleichzeitig auch das Risiko für einen Schlaganfall“ (Hurrelmann et al. 2004, S. 16). Die Auswirkungen einer verstärkten Investition in Gesundheitsförderung und Prävention auf die Gesundheitsausgaben insgesamt sind umstritten. Fest steht, dass in jedem Fall kurz vor dem - unausweichlichen - Lebensende die höchsten Kosten entstehen, welche zusätzlich zu den Ausgaben für Gesundheitsförderung und Prävention anfallen und daher insgesamt zu einer Kostensteigerung führen können. Als gesichert gilt allerdings, dass Gesundheitsförderung und Prävention die Lebensqualität verbessern, weil die durch Krankheit beeinträchtigten Jahre reduziert und in ein höheres Alter verlagert werden können (Morbiditätskompression) (Hurrelmann et al. 2004). Dies alleine sollte Handlungs-auftrag genug sein für die im Gesundheitssystem Verantwortlichen. Gepaart mit einer objektiven Bedarfsorientierung und einem zielgruppenspezifischen Einsatz geeigneter Maßnahmen, ist eine wirksame *und* wirtschaftliche Ausschöpfung von Präventionspotentialen möglich (Walter et al. 2003).

In der Public Health Forschung hat sich die Überzeugung durchgesetzt, dass ein Paradigmenwechsel weg vom Krankheits- und Risikofaktoren-bezogenen hin zu einem Gesundheits- und Ressourcen-orientierten Grundverständnis erforderlich ist. Dabei ist der Anspruch von Public Health ein umfassender, gesellschaftspolitischer:

“Public Health ist die Wissenschaft und die Praxis der Förderung der individuellen und gesellschaftlichen Gesundheit, der Verbesserung der Lebensqualität und der gesellschaftsorientierten Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Dieser breite Anspruch macht deutlich, dass Public Health eine multidisziplinäre und interdisziplinäre Wissenschaft mit starkem Praxis- und Politikbezug sein muss. Die Ausrichtung von Public Health hat sich im Laufe der Zeit verändert. Früher standen Themen der Hygiene (z.B. Wasserversorgung, Abfallsammlung) und Immunisierung (Impfungen) im Vordergrund. Heute gewinnt die Verbesserung des Zuganges zu Gesundheitsleistungen (u.a. durch Krankenversicherung) und die Vorbeugung, Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit in der breiten Bevölkerung und in benachteiligten Gruppen immer mehr an Bedeutung.“ (Österreichische Gesellschaft für Public Health 11.08.2011). Eine einheitliche Definition von Public Health oder ein einheitliches Verständnis existiert in Europa nicht (Jakubowski 2003). Die Definition der Österreichischen Gesellschaft für Public Health schließt an die WHO an. “Public Health is the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting health through organized efforts of society” (Weitkunat et al. 1997, S. 470). Die Neuorientierung von (New) Public Health lässt sich am besten an dem klassischen Beispiel von Ashton und Seymour aus dem Jahr 1988 verdeutlichen. Sie stellten sich das Gesundheitswesen vor, wie einen Fluss. Die im Gesundheitsbereich Tätigen sind Rettungsschwimmer, die Patienten sind Menschen, die zu ertrinken drohen. Die Rettungsschwimmer springen in den Fluss und retten die Menschen, führen auch in vielen Fällen erfolgreich Wiederbelebung durch. Gerade wenn sie damit fertig sind, wird der nächste Ertrinkende den Fluss entlang gespült und die Rettungsschwimmer sind von ihrer Aufgabe so in Anspruch genommen, dass sie keine Zeit haben, flussaufwärts zu gehen und nachzusehen, warum so viele Menschen in den Fluss fallen. Dieses think upstream, den Fluss hinaufgehen und herausfinden, ob man die Ursache beheben kann, drückt die neue Orientierung aus (Ashton, Seymour 1988).

In Wissenschaft und Praxis zeichnet sich auf der Programmebene zunehmend Konsens darüber ab, dass die aktuellen Herausforderungen eine stärkere Verankerung von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung im Versorgungssystem verlangen. „Die Anforderungen, die sich aus der Verschiebung des Krankheitspektrums hin zu den chronischen Erkrankungen ergeben, lassen sich strukturell durch eine auf Kuration und Therapie gerichtete Gesundheitsversorgung nicht

ausreichend erfüllen. Sie verlangen eine erheblich stärkere Verankerung von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung im Versorgungssystem.“ (Hurrelmann et al. 2004, S. 16). Auch in Österreich wird Public Health zunehmend als Option für die Krankenversicherung diskutiert und findet unter dem Titel „Public Health als Option für die österreichische Sozialversicherung“ in unterschiedlichem Ausmaß Eingang in Diskussion, Strategien, Programme und Umsetzungen (Bencic, Kastner 2010).

Dennoch wird bislang erst ein kleiner Teil der Ausgaben des Gesundheitssystems im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention investiert. Im internationalen Vergleich stellt sich Österreich als ein Land dar, das relativ wenig für Prävention ausgibt. Der Anteil der Ausgaben für Public Health und Vorsorgeprogramme an den gesamten Gesundheitsausgaben lag laut OECD Health Data 2009 im Jahr 2007 bei 1,9 %, was deutlich unter dem OECD-Schnitt von 3 % liegt. Niedriger ist die Quote nur noch in Italien, Luxemburg, Dänemark, Island und Australien.

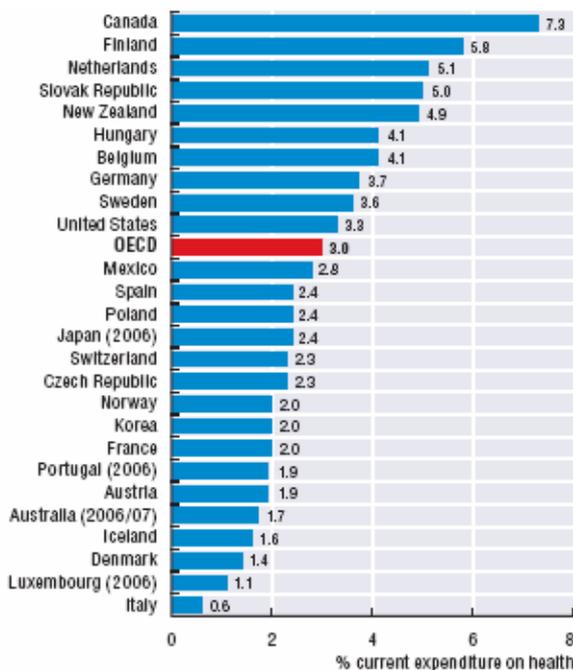


Abb. 1 Expenditure on organised public health and prevention programmes, 2007
Quelle: OECD Health at a Glance 2009

Der Bericht OECD Health Data 2011 weist für Österreich nur 1,7 % der Gesundheitsausgaben für prevention and public health services aus, was noch niedriger ist als im Bericht 2009 (OECD 2011).

Wenn es stimmt, dass durch Gesundheitsförderung und Prävention eine bessere Wirkung für die Bevölkerungsgesundheit erreicht werden kann, als bei vielen kurativen Behandlungen, sollte es eine Selbstverständlichkeit sein, die Ausgaben in diesem Bereich zu verstärken. Hier zeigt sich eines der großen Dilemmata der Gesundheitsversorgung – neue Leistungen kommen in aller Regel additiv zum bisherigen Geschehen hinzu, ohne dass die vorherigen Prozeduren dadurch verdrängt würden. Auch in diesem Punkt unterscheidet sich die Gesundheits-Krankheits-Branche deutlich von vielen anderen Branchen der Volkswirtschaft.

Dennoch hat sich die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse im Jahr 2011 mit einer groß angelegten Gesundheitsoffensive zum Ziel gesetzt, Gesundheitsförderung und Prävention auszubauen (OÖGKK 2011).

Will man die genannten Erkenntnisse nun in der Versorgungswirklichkeit umsetzen, stellt sich die Frage, wer dies auf welche Art und Weise bewerkstelligen kann.

Mit dieser Arbeit soll die Rolle der Hausärzte in der Primärversorgung im Allgemeinen und für Gesundheitsförderung und Prävention im Besonderen beleuchtet werden. Der Hausarzt spielt im System der sozialen Krankenversicherung eine zentrale Rolle. Innerhalb von durchschnittlich zirka zehn Minuten erreicht jeder Mensch in Österreich einen Arzt für Allgemeinmedizin. „Die Wegzeiten für den Hin- und Rückweg zum Arzt für Allgemeinmedizin betragen je nach dem Gemeindetyp des Wohnortes der Befragten zwischen 18 und 22 Minuten.“ (Statistik Austria 2002, S. 54). Die Entscheidungen des Hausarztes in Verbindung mit dem Handeln des Patienten ziehen vielfältige Wirkungen nach sich: auf die Gesundheit des Patienten, auf die Kosten des Gesundheitssystems u.v.m. Der Hausarzt als vielfach erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem spielt eine zentrale Rolle bei der Verteilung der Gesundheitsleistungen und damit der Kosten. Die Hausarztpraxis bietet sich als Einrichtung der primären Gesundheitsversorgung für die systematische Integration von Gesundheitsförderung und Prävention in das Versorgungssystem auch deshalb

an, weil drei Viertel der Bevölkerung in einem Jahr in Kontakt mit dieser Einrichtung kommen. So ergab die Mikrozensus-Befragung der Statistik Austria im September 1999, dass 75,3 % der Bevölkerung mindestens einmal einen Arzt für Allgemeinmedizin besucht haben (Statistik Austria, 1999). Diese Quote ist in weiterer Folge noch gestiegen. Die österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 zeigt ein ähnliches Ergebnis: „vier von fünf Österreicherinnen und Österreichern ab 15 Jahren, geben an, innerhalb der letzten zwölf Monate einen Allgemeinmediziner oder eine Allgemeinmedizinerin aufgesucht zu haben“ (Statistik Austria 2006/07). Dabei bestehen erwartungsgemäß erhebliche Unterschiede zwischen den Altersgruppen: die geringste Inanspruchnahme besteht in der Altersgruppe der 0-14jährigen mit 68,8 %, die mindestens einmal beim Arzt waren; die höchste Inanspruchnahme besteht bei den 75-84jährigen mit 87,1 %. Die zweithöchste Inanspruchnahmerate weisen die Menschen mit 85 Jahren und älter auf (86,7 %) (Statistik Austria). Auch die Gründe für den Arztbesuch unterscheiden sich je nach Alter: „In der jüngsten Altersgruppe entfallen 60% auf Krankheiten, 11% auf Kontrolluntersuchungen und je 8% auf Unfälle und Rezepte. In der höchsten Altersgruppe entfallen hingegen 30% auf Krankheiten, 27% auf Kontrolluntersuchungen, 35% auf Rezepte und 1% auf Unfälle. Insgesamt 9% aller Besuche bei einem praktischen Arzt oder einer praktischen Ärztin werden hauptsächlich zum Zweck einer Vorsorgeuntersuchung durchgeführt, wobei dieser Anteil bei den 45- bis 59-Jährigen mit 12% ein Maximum erreicht.“ (Statistik Austria 2006/07). Darüber hinaus genießt der Hausarzt in der Bevölkerung und bei Institutionen hohe Glaubwürdigkeit (Naidoo, Wills 2003). Für die Arztpraxis als Ausgangspunkt gesundheitsförderlicher Aktivitäten spricht weiters, dass Angebote, welche auf Freiwilligkeit beruhen, tendenziell eher jene Bevölkerungsschichten erreichen, welche ohnehin ein gewisses Gesundheitsbewusstsein aufweisen. „Allerdings besteht bei einer passiven Rekrutierung meist ein starker Bias im Sinne einer Selbstselektion zugunsten der gesundheitsbewussten Gesunden“ (Walter et al. 2003, S. 201).

Die vorliegende Arbeit ist in einem gesundheitswissenschaftlichen Kontext angesiedelt, der das in der Medizin vorherrschende naturwissenschaftliche Paradigma wesentlich erweitert, bis hin, dass ein Paradigmenwechsel weg von der Krankheitsorientierung hin zu einer Gesundheitsorientierung gefordert wird. Der Aspekt der Gesundheitsförderung soll bewusst in den Vordergrund gestellt

werden. „Gesundheitsförderung bezeichnet alle vorbeugenden Aktivitäten und Maßnahmen, die die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen und Lebensweisen von Menschen zu beeinflussen suchen. Dabei sind sowohl medizinische als auch hygienische, psychische, psychiatrische, kulturelle, soziale, ökonomische und ökologische Ansätze angesprochen. Die Adressaten der Gesundheitsförderung sind nicht wie bei der Prävention Risikogruppen sondern alle Gruppen der Bevölkerung, vor allem auch die Gesunden. Ziel ist die Bewahrung von Gesundheit, die Verbesserung und Steigerung von Gesundheitspotentialen. In diesem Sinne schließt Gesundheitsförderung den Begriff der Prävention ein.“ (Laaser et al, 1998, S. 395).

Es wird erforscht, ob bzw. unter welchen Bedingungen ein Brückenschlag vom Krankenversorgungssystem (in Gestalt der Hausarztpraxis) in Richtung Gesundheitsförderung möglich erscheint. Kritikpunkte vieler Experten der Gesundheitsförderung am klinischen Modell, wie die vorherrschende Risikoorientierung und die Reduktion von Risiken nur durch Verhaltensmodifikation, werden dabei ernst genommen. Das Krankenversorgungssystem bietet allerdings für die Gesundheitsförderung auch beachtliche Vorteile, wie den Zugang zu sozialen Gruppen und politischen und anderen Auftraggebern. Es geht also, wie auch Ziglio und Krech anführen, darum „bei der Umsetzung der Ottawa-Charta die Stärken und die Grenzen des medizinisch-klinischen Modells zu verstehen und es feinfühlig in eine Richtung zu bewegen, die mehr auf die Determinanten von Gesundheit abstellt.“ (Ziglio, Krech 1996, S. 23)

Aktuell erkennt auch die Ärzteschaft und hier die Allgemeinmedizin im Besonderen die zunehmende Bedeutung von Gesundheitsorientierung in der Gesellschaft. Ärztekammern und Ärzte entdecken den Hausarzt als zentrale Anlaufstelle in der Gesundheitsversorgung neu. So sieht ein im Sommer 2010 präsentiertes „Hausarztmodell“ der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) vor: „Hausärzte – also im Regelfall niedergelassene Allgemeinmediziner – sollen künftig als ‚Gesundheitskoordinatoren‘ ihrer Patienten agieren und damit die wichtigste Schnittstelle aller diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen im Konzert aller Gesundheitsanbieter werden. ... Der Hausarzt – also der Arzt des Vertrauens – wird im ÖÄK-

Modell also zur zentralen Person in der Gesundheitsversorgung. Zudem soll er sich verstärk der Vorsorgemedizin widmen.“(Mayrhofer 15.08.2010, S. 12).

Vor diesen Hintergründen sind die subjektiven Gesundheitsvorstellungen von Ärzten in mehrfacher Hinsicht von Interesse. Eine bedeutende Voraussetzung dafür, dass das Versorgungssystem in Richtung Gesundheitsförderung geöffnet werden kann ist, dass die wesentlichsten Akteure, also die Ärzte in der Praxis, in diese Richtung offen sind und es ist daher interessant, bei welcher Ausgangssituation – welchem Verständnis von Gesundheit aber auch von Gesundheitsförderung und Prävention bei Hausärzten – man startet und welche Anknüpfungsmöglichkeiten gegeben sind.

Neben dieser pragmatischen Bedeutung will die Arbeit auch einen Beitrag zur Theorieentwicklung leisten, denn es hat „die theoretische und empirische Auseinandersetzung mit Gesundheitsvorstellungen als ein Weg zur Entwicklung eines wissenschaftlichen Gesundheitsbegriffes, der von Alltagsbegriffen der Gesundheit ausgeht, einen nicht zu unterschätzenden heuristischen Wert“(Flick 1998b). „Gerade in Bereichen, in denen es noch wenig an theoretischen Modellen gibt, lassen sich solche Modelle aus dem Alltagswissen heraus entwickeln und damit die Idee von Schütz (1971a) realisieren, an den Konstruktionen der Menschen im Alltag bei der Theorieentwicklung anzusetzen.“(Flick 1991, S. 26). Nachdem zu den Gesundheitsvorstellungen von Professionellen im Gesundheitswesen bislang wenige Untersuchungen vorliegen, kann mit dieser Forschungsarbeit auch zum Schließen einer Wissenslücke beigetragen werden. Die Antwort auf die Frage, welchen subjektiven Gesundheitsbegriff Ärzte haben und wie sie die Möglichkeiten und Grenzen von Gesundheitsförderung und Prävention einschätzen, ist nicht nur von praktischem Wert für die Entscheidungsträger im Gesundheitswesen, sondern trägt auch zu einem besseren Verständnis ärztlichen Handelns bei (Flick et al. 2004).

So wie die meisten Fragestellungen Bezüge zum sozialen Kontext des Forschers aufweisen (Flick 2010) ist auch das Interesse an der hier bearbeiteten Fragestellung nicht zuletzt auf die berufliche Tätigkeit der Autorin in der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK), dem zweitgrößten gesetzlichen Krankenversicherungsträger in Österreich, zurückzuführen. Die österreichische Krankenversicherung befasst sich aktuell mit möglichen Szenarien einer Neuorientierung der

allgemeinmedizinischen Versorgung in Österreich. Die Beantwortung der Forschungsfrage soll daher auch Wissen bereitstellen, das die künftige Rollenbeschreibung eines Hausarztes unterstützt.

2. Forschungsdesign und Fragestellung

Die vorliegende Arbeit zielt darauf ab, die subjektiven Gesundheitsvorstellungen von Hausärzten zu ergründen. Es kommt dabei nicht auf Repräsentativität der Ergebnisse an, sondern auf das inhaltliche Ergründen subjektiver Vorstellungen, die bei Hausärzten vorliegen. Deshalb wird ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Auf der theoretischen Ebene wird damit ein Beitrag zur Weiterentwicklung eines angemessenen Gesundheitsbegriffes geleistet. Die praktische Bedeutung eines besseren Verständnisses subjektiver Gesundheitsvorstellungen ist gegeben, weil „Gesundheitshandeln wesentlich von den expliziten und impliziten Vorstellungen über Gesundheit – von subjektiven Gesundheitsbegriffen über subjektive Gesundheitstheorien – beeinflusst ist“ (Flick et al. 2004, S. 43): „Eng verbunden mit den Gesundheitsvorstellungen sind die Handlungskompetenzen einer Person oder sozialen Gruppe, um in Bezug auf die eigene Gesundheit (oder die von Bezugspersonen) bewusst und aktiv einzugreifen“.(Faltermaier 2002, S. 152).

Es ist klarerweise nicht die subjektive Gesundheitstheorie alleine, welche das Handeln in der Arztpraxis prägt. Vielmehr kann als gesichert gelten, dass die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems bestimmende Faktoren des Geschehens in der Arztpraxis sind. Aus diesem Grund werden bewusst auch die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems thematisiert und analysiert, denn es besteht ein Wechselverhältnis zwischen dem Handeln des Individuums und den Strukturen innerhalb derer sich das Handeln vollzieht. „Sämtliche sozialen Strukturen ... sind das Produkt sozialen Handelns, nämlich des handelnden Zusammenwirkens Mehrerer; und soziales Handeln wird nicht ausschließlich, aber doch wesentlich durch soziale Strukturen geprägt“. (Schimank 2000, S. 14). Auch Anthony Giddens hat diesen fundamentalen Zusammenhang in seinem Konzept der „duality of structure“ heraus gearbeitet. Soziale Strukturen haben keine vom Handeln unabhängige Existenz sondern sind gewissermaßen das „Medium“ in dem sich jedes Handeln vollzieht. Gleichzeitig werden soziale Strukturen immer erst im Gebrauch

produziert und reproduziert, eine Norm beispielsweise existiert nur, in dem sie Handeln – Befolgen oder auch bewusstes Missachten – prägt. Giddens bezeichnet dieses Wechselverhältnis als „Rekursivität“ des Handelns und der Strukturen (Giddens 1984).

Renate Mayntz (Mayntz 1997) hat, basierend auf den theoretischen Ansätzen von Norbert Elias (1976, 1981), Raymond Boudon (1979) und Crozier/Friedberg (1977), ein analytisches Paradigma entwickelt, das sich für die Erklärung dynamischer Vorgänge in hochkomplexen sozialen Systemen eignet. Systemprozesse werden dabei nicht nur in ihrer Struktur verändernden Wirkung sondern auch als Folge bestimmter struktureller Konfigurationen und der in ihnen beschlossenen Abhängigkeitsbeziehungen begriffen. Der strukturelle Kontext beeinflusst einerseits das konkrete Handeln von Individuen, bestimmt aber gleichzeitig die Aggregateffekte und Nebenwirkungen dieses Handelns. „Es geht also darum, gleichzeitig und gleichgewichtig Struktur und Dynamik, Handeln und System miteinander zu verknüpfen, und zwar dergestalt, daß die dynamischen Konsequenzen von Strukturen über das Handeln von Individuen, die Rückwirkung dynamischer Vorgänge auf Strukturen über die Systemeffekte individuellen Handelns erfolgen“. (Mayntz 1997, S. 28).

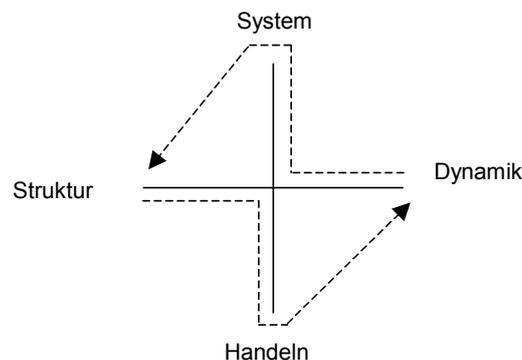


Abb. 2: Wechselbeziehung zwischen System- und Handlungsebene
Quelle: Mayntz 1997, S. 28

Die im System von den Ärzten vorgefundenen Bedingungen stellen also einerseits den Handlungsrahmen dar, innerhalb dessen ärztliches Handeln möglich ist. Gleichzeitig unterliegt das ärztliche Handeln selber einer Dynamik – man denke nur an das omniprésente Schlagwort vom medizinischen Fortschritt.

Vor diesem Hintergrund werden die subjektiven Vorstellungen von Gesundheit und das aktuelle Rollenverständnis von Hausärzten sowie ihre subjektiven Vorstellungen von Gesundheitsförderung und Prävention beleuchtet und die Wahrnehmungen von Ärzten zu den Rahmenbedingungen und Veränderungsnotwendigkeiten des Systems untersucht.

Als Basisdesign kommt die Momentaufnahme, das ist die Zustands- und Prozessanalyse zum Zeitpunkt der Forschung zum Einsatz.

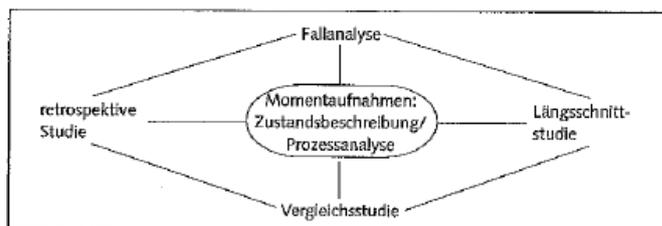


Abb. 3: Basisdesigns in der qualitativen Forschung

Quelle: Qualitative Forschung – Ein Handbuch, Flick et al (2007, S. 257)

Die wissenschaftliche Fragestellung der Dissertation zielt darauf ab zu ermitteln, welche subjektiven Gesundheitsvorstellungen oberösterreichische Hausärzte haben und wie sie ihre hausärztliche Rolle derzeit verwirklichen. Es wird das bei oberösterreichischen Hausärzten vorzufindende Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention erforscht und beleuchtet, welche Chancen aber auch Grenzen oberösterreichische Hausärzte für eine stärkere Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention in der hausärztlichen Praxis sehen.

Folgende Fragen leiten die Untersuchung an:

- Unterscheiden sich Hausärzte (trotz einheitlichen naturwissenschaftlichen Medizinstudiums und trotz einheitlicher Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems) hinsichtlich ihrer subjektiven Gesundheitsvorstellungen?
- Welche Vorstellungen von Gesundheitsförderung und Prävention haben Hausärzte?
- Wie verwirklichen Hausärzte aktuell ihre Rolle?

- Welche Entwicklungsmöglichkeiten aber auch –grenzen in Richtung Gesundheitsförderung und Prävention sehen Hausärzte auf Ebene der Arztpraxis?
- Welche generellen Entwicklungsmöglichkeiten aber auch –grenzen sehen Hausärzte im Gesundheitssystem?

Wie weiter oben ausgeführt, bestehen zwischen Handeln und System sowie zwischen Handeln und Struktur dynamische Beziehungen und Wechselverhältnisse. Die folgende schematische Darstellung soll dies verdeutlichen.

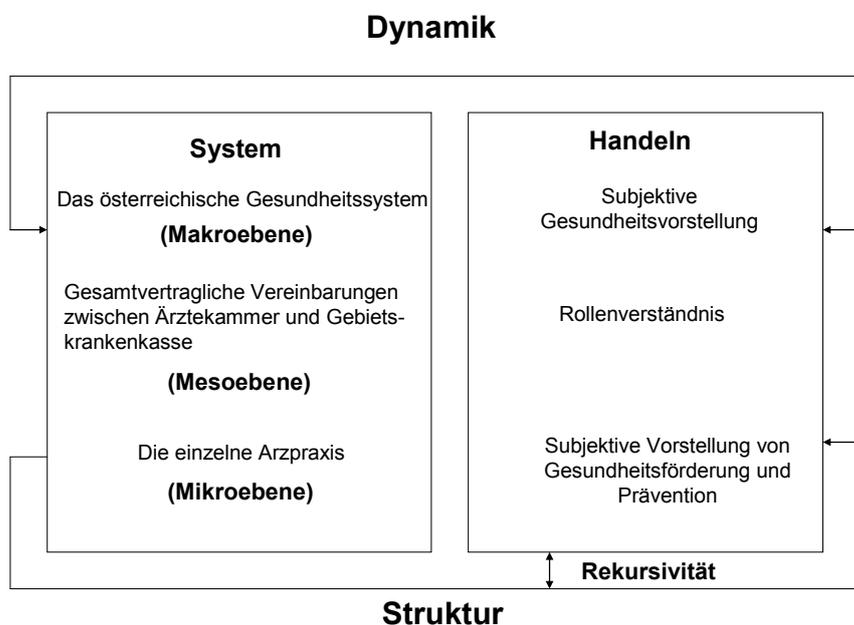


Abb. 4: Das Gefüge von System und Handeln – sozialer Struktur und Handeln
Quelle: eigene Darstellung

Hinter dieser Darstellung steht – von der der Handlungsseite her betrachtet - die Überlegung, dass subjektive Vorstellungen die ärztliche Tätigkeit und das Rollenverständnis zu beeinflussen vermögen, trotz auf der Systemseite vorgegebener Rahmenbedingungen. Die Rahmenbedingungen wiederum steuern und begrenzen die ärztlichen Handlungsmöglichkeiten. Die ärztliche Tätigkeit ist also einerseits durch die Rahmenbedingungen des Systems strukturiert, andererseits vermag das ärztliche Handeln aber auch Strukturveränderungen anzustoßen und auf diese Weise eine Dynamik im System zu erzeugen.

Der Zugang, sowohl die Ebene des Handelns als auch jene der Strukturen zu beleuchten, entspricht auch dem Anspruch von Public Health: Gesundheitswissenschaften/Public Health wird gemäß der deutschen Gesellschaft für Public Health definiert als „die Wissenschaft und Praxis der Gesundheitsförderung und der Systemgestaltung des Gesundheitswesens“ (Hurrelmann et al. 2006, S. 11). Einer Definition von Schwartz zufolge, umfasst Public Health „alle analytischen oder organisatorischen Anstrengungen, die sich vorwiegend auf ganze Populationen und auf organisierbare Ansätze oder Systeme der Gesundheitsförderung, der Krankheitsverhütung oder der Krankheitsbekämpfung beziehen.“ (Schwartz 1995, S. 3, zit.n. Weitkunat et al. 1997, S.88).

Aus der Sicht von Public Health formulieren Flick et al: „Wenn sich New Public Health als eine neue Perspektive im Gesundheitswesen durchsetzen soll und darüber Innovationsprozesse initiiert werden sollen, so müsste sich dieser Perspektivenwechsel mittel- und langfristig in den Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen von Professionellen niederschlagen.“ (Flick et al. 2004, S. 43).

Gleichzeitig stehen Medizin und Gesundheitsförderung, stehen Arzt und Gesundheit, ja selbst Gesundheitswesen und Gesundheit in einem gewissen Spannungsfeld, das die wissenschaftliche Diskussion durchzieht. In der Theorie der funktionalen Differenzierung von Luhmann lautet der binäre Code für das Medizinsystem krank/gesund, wobei „die Gesundheit hier den Reflexionswert für das Nicht-Vorhandene und Noch-zu-Ereichende darstellt.“(Vogd 2006, S. 3). Damit wird nicht nur eine aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht unbefriedigenden Definition von Gesundheit, nämlich Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit, verwendet, sondern das ganze Medizinsystem orientiert sich „an dem gesellschaftlich negativ bewerteten Wert. Nur die Krankheit ist anschlussfähig. ... die Behandlung von Kranken und nicht die Behandlung von Gesunden [führt] zur Systembildung. Erst in der Krankenbehandlung wird das Medizinsystem zum autonomen System.“ (Vogd 2006, S. 3). Auch die ärztliche Ausbildung stellt ganz auf Krankheiten und deren Heilung ab. „Nur Krankheiten sind für den Arzt instruktiv, nur mit Krankheiten kann er etwas anfangen. Die Gesundheit gibt nichts zu tun, sie reflektiert allenfalls das,

was fehlt, wenn jemand krank ist. Entsprechend gibt es viele Krankheiten und nur eine Gesundheit.“ (Luhmann 1993, S. 187).

Das Gesundheitswesen schließlich, ist eigentlich auch ein Krankenversorgungswesen, denn die meisten Leistungsansprüche ranken sich um den Versicherungsfall der Krankheit.

Diese einmal getroffenen gesellschaftlichen Festlegungen werden nunmehr zunehmend ergänzt: in den Wissenschaften gibt es eine junge Disziplin Gesundheitswissenschaften, in den Leistungskatalog der Sozialversicherung wurde im Jahr 1992 die Gesundheitsförderung als Pflichtaufgabe aufgenommen (§ 116 Abs. 5 ASVG), im Juni 2011 hat die OÖ GKK die Public Health Charta der österreichischen Sozialversicherung unterzeichnet und sich damit zum Ziel gesetzt, das Handeln der Sozialversicherung künftig an den Prinzipien von Public Health auszurichten und damit mehr Gesundheit für alle zu erreichen:

PRÄAMBEL

Die österreichische Sozialversicherung leistet einen wesentlichen Beitrag zur gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Die Zielsetzung dieser Charta besteht darin, das Handeln der Sozialversicherung künftig an den Prinzipien von Public Health auszurichten und damit mehr Gesundheit für alle zu erreichen.

DEFINITION VON PUBLIC HEALTH

Public Health verbindet wissenschaftliche, organisatorische und politische Anstrengungen mit dem Ziel, die Gesundheit von Populationen oder definierten Teilpopulationen zu fördern und die Gesundheitssysteme bedürftigeren und wirtschaftlicher zu gestalten.¹

VISION

Im Jahr 2020 setzt die österreichische Sozialversicherung die Prinzipien von Public Health in den Handlungsfeldern Gesundheitsförderung, Prävention und Krankenversorgung konsequent um, und trägt somit zur Gestaltung gesundheitsorientierter Lebensverhältnisse bei und erleichtert es den Menschen, sich gesundheitsförderlich zu verhalten.

HERAUSFORDERUNGEN

Die Zunahme chronischer Krankheiten, ungleich verteilte Gesundheitschancen sowie demografische, wirtschaftliche und medizinische Entwicklungen stellen zentrale Herausforderungen der nahen Zukunft dar. Mit Maßnahmen der Krankenversorgung allein sind diese nicht zu bewältigen. Daher muss der Gesundheitsförderung und Prävention ein wesentlich höherer Stellenwert zukommen.

PRINZIPIEN VON PUBLIC HEALTH:

Umfassender Gesundheitsbegriff
Gesundheit stellt eine Fähigkeit dar, Ziele zu erreichen, das Leben zu gestalten, sowie individuelle und soziale Herausforderungen zu bewältigen. Ein umfassender Gesundheitsbegriff geht somit wesentlich über die Abwesenheit von Krankheit hinaus. Gesundheit als Potenzial zu fördern soll in jeder Lebenssituation – auch bei Vorliegen einer Krankheit – angestrebt werden.

Bevölkerungsperspektive
Public Health fokussiert auf die kollektive Gesundheit der Bevölkerung oder von Bevölkerungsgruppen und agiert nicht ausschließlich auf Ebene des Individuums.

Determinantenorientierung
Gesundheitsdeterminanten sind bestimmende Faktoren für Gesundheit, von der genetischen Veranlagung über das Gesundheitsverhalten bis zu den Lebensverhältnissen in der kulturellen, sozioökonomischen und ökologischen Umwelt. Die Beeinflussung dieser Gesundheitsdeterminanten erfordert daher sowohl interdisziplinäre als auch intersektorale Zusammenarbeit.

Gesundheitliche Chancengleichheit
Ungleiche Gesundheitschancen beruhen auf unterschiedlichen Ressourcen und Belastungen. Chancengleichheit zu fördern bedeutet, bei der gesundheitlichen Versorgung zielgruppenspezifisch vorzugehen, das heißt Alter, Geschlecht, sozialen Status und ethnische Zugehörigkeit zu berücksichtigen. Wichtig ist dabei die Vermeidung von sozioökulturellen, sozioökonomischen, kognitiven und sonstigen Barrieren.

Health in All Policies
Gesundheit wird nicht ausschließlich im Gesundheitsressort gestaltet. Eine gesundheitsorientierte Gesamtpolitik beruht auf einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit (Bildung, Umwelt, Wirtschaft, Soziales, Verkehr, etc.). Ziel ist es, die bestimmenden Faktoren von Gesundheit im Sinne einer Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung zu beeinflussen.

Empowerment und Partizipation
Empowerment bedeutet, Menschen durch die Steigerung ihrer sozialen und gesundheitsbezogenen Kompetenzen zu befähigen, zu Co-Produzenten ihrer Gesundheit zu werden. Empowerment ist zudem Voraussetzung für Partizipation. Im Rahmen partizipativer Prozesse wird die Bevölkerung an der Planung, Umsetzung, Qualitätssicherung und Evaluierung gesundheitsrelevanter Entscheidungen und Maßnahmen beteiligt.

VORGEHENSWEISE PUBLIC HEALTH ACTION CYCLE (vgl. Abb. 1)
Um die beschriebenen Herausforderungen zu meistern, bedarf es neben der Beachtung dieser Prinzipien eines strukturierten Vorgehens entlang des Public Health Action Cycle:

1. Am Beginn des Zyklus steht die Problemdefinition, ein objektiver und auf Daten basierender Bedarf.
2. Im nächsten Schritt werden Ziele und Strategien formuliert. Dabei schaffen Kooperationen mit Partnern innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens sowie Partizipation von Anspruchsgruppen Transparenz der Entscheidungsfindung und fördern wechselseitiges Vertrauen sowie Commitment.
3. In weiterer Folge gelangen konkrete Maßnahmen zur Umsetzung.
4. Zur Bewertung und Weiterentwicklung der implementierten Strategien und Maßnahmen werden die Effekte evaluiert.

Die Ergebnisse werden dargestellt und kommuniziert und dienen dazu, den Bedarf neu zu definieren und gegebenenfalls Strategien und Maßnahmen zu adaptieren. Der Aktionszyklus stellt eine immer wieder von neuem beginnende Lernschleife dar. Dieses Vorgehen fördert Transparenz, Qualität und Nachhaltigkeit des Handelns.

Abb. 1: Public Health Action Cycle

FREIWILLIGE SELBSTVERPFLICHTUNG
Der unterzeichnete Sozialversicherungsträger bekennt sich zu der in dieser Charta genannten Vision und den Prinzipien sowie zur Vorgehensweise entlang des Public Health Action Cycle. Er verpflichtet sich zum aktiven Gestalten, und stellt Kapazitäten zur Verfügung, um aus der Vision Realität werden zu lassen.

Ort, Datum

Unterschrift

Abb. 5: Public Health Charta der Österreichischen Sozialversicherung
Quelle: OÖGKK

Nachdem Gesundheit und Krankheit die beiden Enden eines Kontinuums sind, stellt sich die Frage der Anschlussfähigkeit der Konzeptionen aneinander. Die subjektiven Gesundheitsvorstellungen können hier eine vermittelnde Rolle einnehmen.

Die vorliegende Arbeit lotet Chancen aber auch Limitierungen einer stärkeren Verankerung von Gesundheitsförderung und Prävention in der hausärztlichen Primärversorgung aus. Dabei wird über den Weg der qualitativen Befragung von Hausärzten auch einem Grundsatz Rechnung getragen, der vielen Verbesserungskonzepten der Betriebswirtschaftlehre eigen ist, nämlich dass die Betroffenen selbst Experten des von ihnen bearbeiteten Prozesses sind (Koch 2011).

Auf diese Weise wird ein weiterer Grundsatz von New Public Health verwirklicht: „New Public Health verbindet Wissensarbeit und Wissensmanagement in der ergebnisorientierten Steuerung und Gestaltung des Gesundheitssystems unter Einbeziehung der Betroffenenperspektiven.“ (Rasky, Noack 2002, S. 296)

3. Theoretische Einordnung und Forschungsstand

3.1 Gesundheit: ein Begriff, viele Definitionen

Eine einzige, allgemein gültige, anerkannte wissenschaftliche Definition von Gesundheit gibt es nicht, sondern es existieren eine Reihe unterschiedlicher Begriffsdefinitionen und Konzeptionen von Gesundheit, je nachdem aus welcher oder welchen Disziplin/en die Definition stammt bzw. welche Aspekte des vielschichtigen Begriffes in den Vordergrund gestellt werden (Waller 2006).

Hurrelmann streicht jedoch die für die wissenschaftliche Arbeit bedeutsame einvernehmliche Festlegung von Begriffsdefinitionen für Gesundheit und Krankheit heraus und schlägt, basierend auf den bisher vorliegenden Definitionen von Gesundheit und Krankheit sowie auf dem Salutogenesemodell von Antonovsky (Antonovsky 1997) und seinem eigenen Sozialisationsmodell (Hurrelmann 2006) folgende Leitvorstellungen – Maximen – für eine konsensfähige Definition vor:

„Maxime 1: Gesundheit und Krankheit ergeben sich aus einem Wechselspiel von sozialen und personalen Bedingungen, welches das Gesundheitsverhalten prägt.

Maxime 2: Die sozialen Bedingungen (Gesundheitsverhältnisse) bilden den Möglichkeitsraum für die Entfaltung der personalen Bedingungen für Gesundheit und Krankheit.

Maxime 3: Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts, Krankheit das Stadium des Ungleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene.

Maxime 4: Gesundheit und Krankheit als jeweilige Endpunkte von Gleichgewichts- und Ungleichgewichtsstadien haben eine körperliche, psychische und soziale Dimension.

Maxime 5: Gesundheit ist das Ergebnis einer gelungenen, Krankheit einer nicht gelungenen Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen.

Maxime 6: Persönliche Voraussetzung für Gesundheit ist eine körperbewusste, psychisch sensible und umweltorientierte Lebensführung.

Maxime 7: Die Bestimmung der Ausprägungen und Stadien von Gesundheit und Krankheit unterliegt einer subjektiven Bewertung.

Maxime 8: Fremd- und Selbsteinschätzung von Gesundheits- und Krankheitsstadien können sich auf allen drei Dimensionen – der körperlichen, der psychischen und der sozialen – voneinander unterscheiden.(Hurrelmann 2006, S. 139ff)

Als eine, nicht die einzige denkbare, Definition, welche integrativ wirken und interdisziplinär in allen beteiligten Fachgebieten einsetzbar sein soll, schlägt Hurrelmann vor:

„Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichtes von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt.“ (Hurrelmann 2006, S. 146)

Badura definiert Gesundheit als „eine Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives seelisches und körperliches Befinden – insbesondere ein positives Selbstwertgefühl – und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wiederhergestellt wird.“ (Badura et al. 2010, S. 32).

Durchaus im Kontrast zu diesen umfassenden, integrativen Konzepten steht der Umgang mit den Begriffen Gesundheit und Krankheit im Gesundheitswesen, wo etwa für die Feststellung von Leistungsansprüchen in der Sozialversicherung, ein bestimmter Mensch zu einem bestimmten Zeitpunkt entweder krank (besser: der Krankenbehandlung bedürftig) oder eben nicht krank zu sein hat. Das Gesundheitswesen kam lange Zeit und kommt noch heute über weite Strecken ohne eine eigenständige, positive Definition von Gesundheit aus. Ähnlich wie es in der Medizin darum geht, die Krankheit exakt zu diagnostizieren, um die richtige Behandlung zu wählen, geht es im Gesundheitswesen darum, den Versicherungsfall der Krankheit festzustellen, um daran die Leistungsansprüche zu knüpfen. Oder es geht darum, die „Anstaltsbedürftigkeit“ festzustellen, um die Aufnahme in ein Krankenhaus zu rechtfertigen usw. Gemäß dem Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz in Österreich ist Krankheit ein „regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der die Krankenbehandlung notwendig macht“ (ASVG § 120). Solange die Krankenbehandlung erforderlich ist, stehen alle Pflichtleistungen – von der Krankenbehandlung über Krankenstand, also legitimes Fernbleiben von der Arbeit, bis zum Krankengeld – zur Verfügung. Danach (und davor) ist der Fall für das Krankenversorgungssystem weitgehend erledigt.

3.2 Kontinuum und Koexistenz statt Dichotomie – gesundheitswissenschaftliche Konzepte von Gesundheit

In den Gesundheitswissenschaften haben sich Konzepte durchgesetzt, welche fließende Übergänge zwischen Gesundheit und Krankheit oder die gleichzeitige Existenz von Gesundheit und Krankheit bei einer Person hervorheben.

Das Konzept der Salutogenese von Antonovsky soll als Beispiel herausgegriffen werden, da es den Paradigmenwechsel weg von einer reinen Krankheitsorientierung hin zu Gesundheitsorientierung begründet und eine wichtige „Rahmentheorie der Gesundheit“ (Bengel et al. 1998) darstellt.

Mit dem Modell der Salutogenese stellte Antonovsky (Antonovsky 1997) der pathogenetisch orientierten Frage nach den Ursachen von Krankheit die Frage gegenüber: was macht die Menschen gesund bzw. rückt sie in Richtung auf das

gesunde Ende des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums. Gesundheit wird in diesem Modell verstanden als ein Pol eines Kontinuums zwischen völliger Gesundheit und völliger Krankheit, welche den zweiten Pol markiert. Zu unterschiedlichen Zeitpunkten ist die Lage des Individuums auf diesem Kontinuum verschieden und es hängt von der Konstellation der personalen und sozialen Schutzfaktoren sowie der Risikofaktoren ab, ob man sich stärker in Richtung auf den gesunden oder den kranken Pol bewegt. Die Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuums, ist das Ergebnis einer Interaktion zwischen belastenden Faktoren (Stressoren, Risikofaktoren) und schützenden Faktoren (Widerstandsressourcen, Protektivfaktoren) ist. Stressoren können psychosozialer, physischer oder biochemischer Natur sein und lösen damit einen Spannungszustand aus. Ob die Spannungsbewältigung gelingt, hängt wiederum von körperlichen, psychischen, sozialen und materiellen Faktoren ab. Die folgende Abbildung zeigt das salutogenetische Modell in einer Darstellung von Becker (Becker 1982, S. 11):

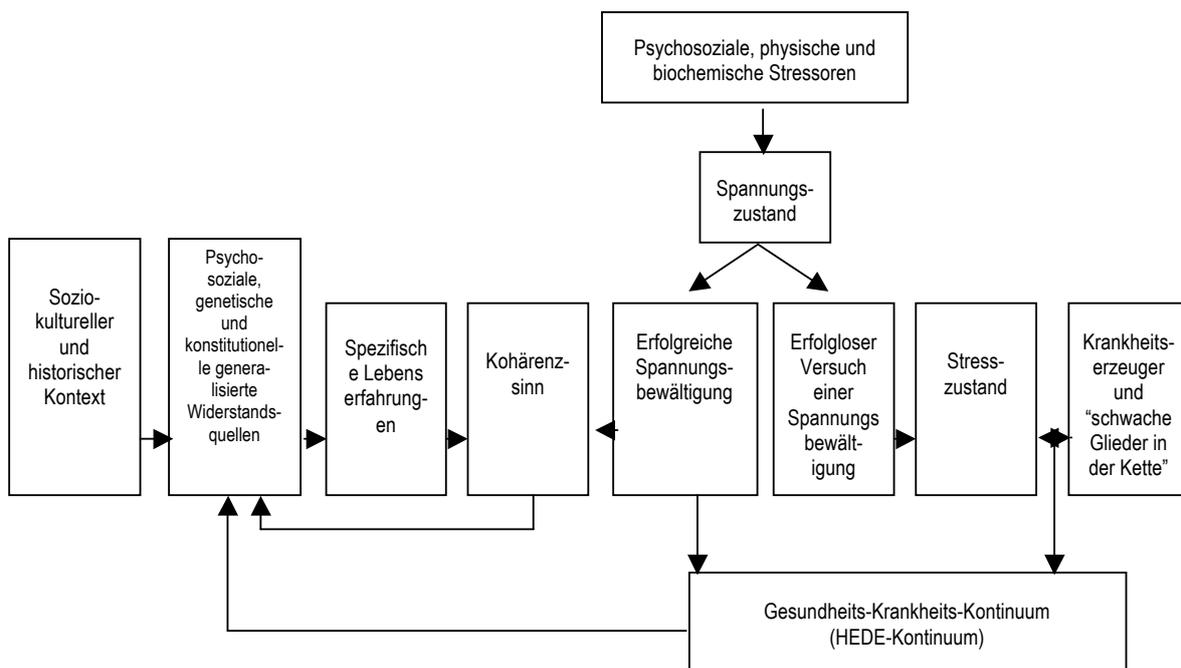


Abb. 6: Das salutogenetische Modell
 Quelle: Becker, 1982, S. 11 zit. n. Waller, 2006, S. 21

Der Kohärenzsinn (sense of coherence) spielt im salutogenetischen Ansatz von Antonovsky eine zentrale Rolle (Vogd 2006). Er entscheidet wesentlich über das subjektive Gesundheitsbefinden und ist aus drei Komponenten zusammengesetzt. Gesunde Menschen verfügen über diese drei individuellen Grundorientierungen

besonders ausgeprägt. Es sind dies, erstens das Gefühl von Verstehbarkeit (comprehensibility), „dass die Ereignisse der eigenen inneren und äußeren Umwelt im Lebenslauf strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind“, zweitens das Gefühl der Handhabbarkeit (manageability)– „dass die Ressourcen verfügbar sind, um den durch diese Ereignisse gestellten Anforderungen gerecht zu werden“ und drittens das Gefühl der Sinnhaftigkeit (meaningfulness)- „dass diese Anforderungen als Herausforderungen zu verstehen sind, die es wert sind, sich dafür einzusetzen und zu engagieren.“ (Antonovsky 1997, S. 19). Neben personalen Faktoren wirken auch Umgebungsfaktoren. „Sich als Individuum und Teil einer verstehbaren und beeinflussbaren Umwelt zu begreifen, in der es möglich ist und sich lohnt, individuelle und kollektive Ziele zu verfolgen, scheint einen unspezifischen Schutzfaktor gegen Gesundheitsbelastungen darzustellen“ (Rosenbrock, Gerlinger 2004, S. 66). In salutogenetischer Sicht ist Gesundheit oder Krankheit kein Zustand sondern ein Prozess, ein „dynamisches Gleichgewicht zwischen den physischen, psychischen und sozialen Schutz- und Abwehrmechanismen des Organismus auf der einen Seite und den potentiell krankmachenden Einflüssen der physikalischen, biologischen und sozialen Umwelt auf der anderen. ... Die entscheidende Frage ist nicht mehr, wie die Risikofaktoren (Stressoren) auszuschalten sind, sondern, in welchem Maße der Organismus diese Faktoren zu bewältigen vermag. Deshalb kommt im Zusammenhang mit einer positiven Gesundheitstheorie dem Begriff der Bewältigung (coping) eine entscheidende Rolle zu.“ (Mazumdar 2008, S. 354).

Das Konzept der Salutogenese von Antonovsky wird auch kritisch gesehen. Badura vermisst die Berücksichtigung der objektiven Gegebenheiten der Sozialstruktur: „Dieses Kohärenzkonzept erscheint mir zu sehr kognitiv orientiert. Zudem vermisse ich als Soziologe bei Antonovsky die Herleitung dieser subjektiven Kompetenzen aus objektiven Gegebenheiten der Sozialstruktur.“ (Badura 1992a, S. 48)

Auch wenn das salutogenetische Modell zuweilen wegen seiner nicht umfassend erfolgten Verifizierung (Verifizierbarkeit) als nicht uneingeschränkt belastbar gilt, so ist „der generelle Zusammenhang zwischen der Entwicklung von Gesundheitsressourcen einerseits und Erfolgen bei der Prävention, Behandlung und Bewältigung von Krankheiten andererseits durch eine Vielzahl von Studien gut belegt.“ (Bengel et al. 1998)

Es existieren eine Reihe weiterer komplexer Modelle zur Entstehung und Erhaltung von Gesundheit, wie zum Beispiel das Anforderung-Ressourcen-Modell von Becker (Becker 1992), das sozialisationstheoretische Gesundheitsmodell von Hurrelmann (Hurrelmann 1991) oder das Modell zur Gleichzeitigkeit (gleichzeitigen Existenz) von Gesundheit und Krankheit in einem System von Pelikan und Halbmayr (Pelikan, Halbmayr 1999), auf das unter Punkt 3.5 noch näher eingegangen werden wird.

3.3 Subjektive Krankheitstheorien

Der Ansatz der subjektiven Theorien ist nicht der einzige wissenschaftliche Weg zur Erforschung des Alltagswissens bzw. der Alltagskonzepte über Gesundheit. Im angelsächsischen Raum nähert man sich dem Thema mittels Folkmodels und eine typisch französische Tradition ist jene der sozialen Repräsentationen (Flick 1991, S. 10). Bei der Untersuchung von Folkmodels dienen vielfach linguistische Konzepte als Ausgangspunkt, um im Alltag vorherrschende gesundheits- und krankheitsbezogene Begriffe und ihre Strukturen und Relationen zu analysieren (Flick 1991, S. 19). Die Idee der sozialen Repräsentationen setzt im Gegensatz zum Konzept der subjektiven Theorie nicht am individuellen Wissen an, sondern geht davon aus, dass Vorstellungen (so auch jene über Gesundheit und Krankheit) sozial geteilt sind (Flick 1991, S. 22). Eine klassische Untersuchung stammt von Herzlich aus dem Jahr 1973 (Herzlich 1973), die achtzig Mittelschichtangehörige aus Paris und einem Dorf in der Normandie interviewt hat und drei Typen der sozialen Repräsentation von Krankheit herausgearbeitet hat: „Krankheit als Destruktion, Krankheit als Befreiung und Krankheit als Aufgabe“. (Herzlich 1973 zit.n. Flick 1991, S. 22).

Die Gesundheitsvorstellungen von Ärzten eignen sich grundsätzlich sowohl für eine Untersuchung nach dem Ansatz der subjektiven Theorie als auch nach dem Zugang der sozialen Repräsentation von Gesundheit und Krankheit. Mehr noch: gerade bei Ärzten, welche auch eine spezifische gesellschaftliche Schicht darstellen, vermischen sich alltägliches und professionelles Wissen über Gesundheit und Krankheit, wie in der folgenden Abbildung dargestellt wird.



Abb. 7: Gesellschaftliches Wissen über Gesundheit und Krankheit;
Quelle: Flick, 1991, S. 24

Die subjektiven Theorien sind der im deutschen Sprachraum vorherrschende Zugang und dieser Ansatz wurde daher den anderen genannten vorgezogen. Zudem ist das Österreichische Gesundheitssystem Bismarck'scher Prägung dem deutschen verwandt, während sich die Gesundheitssysteme in Frankreich und auch etwa in Großbritannien doch erheblich davon unterscheiden.

Der Begriff der subjektiven Theorie wurde zunächst in Analogie zum wissenschaftlichen Theoriebegriff konzeptualisiert, wonach das Subjekt im Alltag ähnlich dem Wissenschaftler bestimmte Annahmen über die Welt hat, die in sich zusammen hängen und thematisch miteinander verknüpft sind. (Flick 1991, S. 14). Groeben und Scheele (1982) verstehen unter subjektiver Theorie „ein Aggregat (aktualisierbarer) Kognitionen der Selbst- und Weltsicht mit zumindest impliziter Argumentationsstruktur, die eine (zumindest) partielle Explikation bzw. Rekonstruktion ... in Parallelität zur Struktur wissenschaftlicher Theorien erlaubt“. (zit.n. (Flick 1991, S. 14). Dieser rigiden Orientierung am Modell der wissenschaftlichen Theorie stehen Verwendungen gegenüber, wo der Begriff der subjektiven Theorie „als Metapher verwendet wird: Er bezeichnet dann allgemeiner den Sachverhalt, daß Subjekte Wissen und Erklärungsmuster über bestimmte

Zusammenhänge ausbilden, die dann in ihr Handeln einfließen. Andere Metaphern, die z.T. parallel verwendet werden, sind etwa ‚naive Theorien‘, ‚Alltagstheorien‘, ‚Laientheorien‘ oder (kürzer greifend) Alltagskonzepte bzw. subjektive Definitionen.“(Flick 1991, S. 14).

Die Funktionen von Subjektiven Theorien unterscheiden sich von denen wissenschaftlicher Theorien. Nach Bischoff und Zenz unterscheiden sich Laien- und Expertentheorien vor allem in zwei Aspekten voneinander. Einerseits anhand der Rolle, welche dem Arzt bzw. dem Patienten zukommt in der Arzt-Patienten-Beziehung. Hier ist der Arzt aufgrund seines Wissens Experte, der Patient Laie. Andererseits in der persönlichen Betroffenheit durch die Krankheit. Der Patient versucht anhand seiner subjektiven Theorie die Krankheit zu verstehen. Der Arzt will die Krankheit mit seiner Expertentheorie erklären (Bischoff et al. 1989).

Subjektive Theorien dienen der Situationsdefinition und Orientierungsgewissheit, sie ermöglichen die Erklärung eingetretener und die Vorhersage künftiger Ereignisse und erleichtern die Entwicklung von Handlungsempfehlungen. Sie haben eine gewisse handlungsleitende Funktion und dienen der Stabilisierung des Selbstwertes (Flick 1991).

Ähnlich wie bei der Auseinandersetzung mit den Begriffen Krankheit bzw. Gesundheit, lag die Erforschung subjektiver Krankheitstheorien zeitlich vor der Erforschung subjektiver Gesundheitstheorien. „In subjektive Krankheitstheorien fließen Wissen bzw. Vorstellungen zur Verursachung bzw. Entstehung bestimmter Krankheiten, zu ihrem Verlauf, zu möglichen Behandlungsformen bzw. – angeboten und deren Nützlichkeit bzw. Effizienz ein.“ (Flick 1991, S. 16). Frühe Untersuchungen beschäftigten sich mit subjektiven Theorien bei Vorliegen bestimmter Krankheiten (Raspe, Ritter 1982). Die Bedeutung subjektiver Krankheitstheorien für die Bewältigung lebensbedrohlicher Krankheiten wie Krebs wurde dabei ebenso untersucht (Verres 1986) wie die Bedeutung subjektiver Krankheitstheorien für die Arzt-Patienten-Beziehung (Becker 1984). Subjektive Krankheitstheorien dienen auch der emotionalen Verarbeitung der Krankheit (Bischoff et al. 1989) und sind daher prozesshaft und kontextabhängig (Verres 1989).

3.4 Subjektive Gesundheitsvorstellungen

Zu Beginn der Neunziger Jahre des vorigen Jahrhunderts verlagerte sich der Forschungsschwerpunkt auf subjektive *Gesundheitstheorien*. Eine nicht zu unterschätzende Rolle dürfte dabei auch die WHO mit der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung gespielt haben.

Den Beginn der Forschung über subjektive Konzeptionen von Gesundheit markiert allerdings eine mittlerweile klassische Studie von Herzlich (Herzlich 1973). Sie hat 1973 die Laienvorstellungen von Gesundheit in der Pariser Mittelschicht erforscht und die Ergebnisse den drei Dimensionen Gesundheit als Vakuum, Gesundheit als Reservoir und Gesundheit als Gleichgewicht zugeordnet. Gesundheit als Vakuum umfasst Vorstellungen, bei denen Gesundheit nicht positiv bestimmt und auch nicht aktiv wahrgenommen, erlebt wird, sondern durch die Abwesenheit von Krankheit definiert wird. Gesundheit als Reservoir wird erlebt als Widerstandspotential gegenüber Krankheit und äußeren Einflüssen. Gesundheit als Gleichgewicht umfasst körperliches und psychisches Wohlbefinden und wird als „ ‚wirkliche‘ Gesundheit, Gesundheit im höchsten Sinn“ gesehen (Faltermaier 1991).

Der Begriff Gesundheitsvorstellungen wird verwendet als „Oberbegriff für die verschiedenen Konzepte von Gesundheit, die in einer Gesellschaft existieren – bei diversen sozialen Gruppen.“(Flick et al. 2004, S. 9). Es handelt sich um subjektorientierte Forschungsansätze, welche etwa seit 1970 verstärkt verfolgt werden und die Gesundheitsvorstellungen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen beziehungsweise Schichten erforschen. Ursprünglich standen dabei die Alltagskonzepte und Vorstellungen medizinischer Laien im Vordergrund (Flick 1991 und 1998; Belz-Merk 1995; Bengel, Strittmatter, Willmann 1998; Faltermaier 1994). Faltermaier sieht im gesundheitsbezogenen Handeln von Laien auch ein „verdecktes Gesundheitssystem des Alltags“ und misst den subjektiven Theorien und Konzepten von Gesundheit vor allem für präventive Aktivitäten eine wichtige Rolle zu (Faltermaier 1991).

Im Unterschied zu den wissenschaftlichen Konzepten handelt es sich bei den subjektiven Konzepten von Gesundheit um „Gesundheitsvorstellungen als

individuelles Wissen“(Flick et al. 2004). „Unter Laienkonzepten (auch ‚subjektive Konzepte‘ oder ‚Alltagskonzepte‘ genannt) von Gesundheit werden

- 1) die persönlichen Auffassungen und Definitionen von Gesundheit sowie
- 2) die persönlichen Sichtweisen über Ursachen und Kontextbedingungen von Gesundheit verstanden (Letztere werden auch als ‚subjektive Theorien‘ von Gesundheit bezeichnet).“ (Waller 2006, S. 14)

3.4.1 Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Laien

Subjektorientierte Forschungsansätze untersuchen die Gesundheitsvorstellungen in verschiedenen Bevölkerungsgruppen beziehungsweise Schichten. Es geht darum, „die Vorstellungen in der Bevölkerung über Gesundheit, Gesunderhaltung, gesunde Lebensführung empirisch zu erfassen, und zwar differenziert nach sozialer Schichtzugehörigkeit, Geschlecht, ethnischer Herkunft und anderen wichtigen Merkmalen“. (Waller 2006, S. 14).

In den 1970er und 1980er Jahren wurden mit Methoden der qualitativen Sozialforschung einander teilweise überschneidende inhaltliche Konzepte von Gesundheit identifiziert, die in der folgenden Abbildung dargestellt sind.

Gesundheit als Vakuum	Abwesenheit von Krankheit, Leben im „Schweigen der Organe“
Gesundheit als funktionale Fitness	Gesundheit als „Gebrauchsgut“ für die Erfüllung von Aufgaben und Rollen des Alltagslebens
Gesundheit als Reservoir	Organisch-biologische Robustheit, körperliche Stärke, Widerstandspotential gegenüber Krankheit, Müdigkeit und äußeren Einflüssen
Gesundheit als Selbstzwang	Versuch der Kontrolle über das Selbst und den Körper
Gesundheit als Gleichgewicht	Persönliche Erfahrung der Balance und „Ganzheit“, mit Überschuss an Energie, aktivem Selbstgefühl und befriedigenden sozialen Beziehungen
Gesundheit als „Loslassen“ und Befreiung	Hedonistischer Versuch, das Leben zu genießen und Entspannung zu erleben

Abb. 8: Inhalte der Gesundheitskonzepte von Laien
Quelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 2003, S. 227

Faltermaier gibt einen Überblick über qualitative und quantitative Forschungen in Großbritannien, Frankreich und Deutschland in den Jahren 1983 bis 1995 zu subjektiven Konzepten und Theorien von Gesundheit (Faltermaier 1998) und findet die folgenden vier wichtigsten Dimensionen: Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit; Gesundheit als Reservoir an Energie; Gesundheit als Gleichgewicht oder Wohlbefinden; Gesundheit als funktionale Leistungsfähigkeit. In einer qualitativen Untersuchung mittels biographisch orientierter Intensivinterviews mit Erwachsenen mittleren Alters, die sich selbst als gesund bezeichnen, stellte er fest, dass die Ergebnisse im Einklang mit den früheren Forschungsergebnissen standen und Laien komplexe und salutogenetische Gesundheitstheorien haben, die sehr differenziert sind und sowohl positive Bestimmungen von Gesundheit (körperliches und psychisches Wohlbefinden, Handlungs- und Leistungsfähigkeit, Potential an Energie und Stärke, Gleichgewicht) als auch negative Bestimmungen in Form von Abwesenheit von Krankheit und Beschwerden umfassen.

Faltermaier unterscheidet die körperliche, psychische und soziale Dimension subjektiver Gesundheitsvorstellungen und benennt Befinden sowie Aktionspotential als Merkmale für die positive Bestimmung, während Abwesenheit von Beschwerden und Krankheit sowie Problemen für die negative Bestimmung des Inhaltes des subjektiven Gesundheitskonzeptes genannt werden. Die folgende Tabelle gibt dazu einen Überblick: (Faltermaier 2002)

Gesundheit	Körperlich	Psychisch	sozial
positive Bestimmung:			
Befinden	Wohlbefinden Kraft/Stärke	Wohlbefinden Kraft/Stärke Harmonie	Harmonie
Aktionspotential	Handlungsfähigkeit Leistungsfähigkeit	Handlungsfähigkeit Leistungsfähigkeit	Arbeitsfähigkeit Leistungsfähigkeit
Negative Bestimmung:	Abwesenheit von bzw. wenige Beschwerden, Schmerzen, Probleme, Krankheit	wenige Probleme	

Abb. 9: Subjektive Gesundheitskonzepte: Inhaltliche Dimensionen im Überblick

Quelle: Faltermaier (2002), S. 151 zit.n. Flick et al (2004), S. 40

2005 hat Faltermaier wiederum eine umfangreiche Literaturanalyse durchgeführt und kommt aufgrund dieser und seiner eigenen Untersuchungen aus den Jahren 1994 und 1998 (neuerlich) zu folgenden Dimensionen des Gesundheitsbegriffs: Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit; Gesundheit als Reservoir an Energie; Gesundheit als Gleichgewicht und Wohlbefinden; Gesundheit als funktionale Leistungsfähigkeit. (Faltermaier 2005)

Die subjektiven Gesundheitsvorstellungen von Laien wurden also ausgehend von den medizinsoziologischen und gesundheitswissenschaftlichen Studien in Frankreich und Amerika in den 1970er und 1980er Jahren, bereits einigermaßen ausführlich erforscht. Es wurden inhaltliche Konzepte von Gesundheit identifiziert, welche einander teilweise überschneiden.

Die Bandbreite der vorliegenden empirischen Untersuchungen reicht dabei von der Erforschung der Gesundheitsvorstellungen verschiedener Altersgruppen, über die Geschlechtsspezifität von Gesundheitsvorstellungen bis zu Gesundheitsvorstellungen bestimmter Berufsgruppen und der Betrachtung von länder- oder sozialmilieu-bezogenen Unterschieden in den Gesundheitsvorstellungen (Flick 1998b).

Es wurde erkannt, dass es für die gesundheitswissenschaftliche Praxis von Bedeutung ist, neben den wissenschaftlichen Theorien auch die subjektiven Vorstellungen von Gesundheit zu beleuchten. Mit den Vorstellungen über die Bedingungen von Gesundheit und Krankheit hängt zusammen, ob ein Individuum meint, für seine Gesundheit mitverantwortlich zu sein und daher für Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention prinzipiell zugänglich ist bzw. mit welchen Maßnahmen oder aufklärenden bzw. motivierenden Schritten es erreichbar ist (Waller 2006).

3.4.2 Subjektive Gesundheitsvorstellungen unter spezifischen Blickwinkeln

Das Gesundheitsverständnis variiert mit dem Bildungsgrad. Je höher der Bildungsgrad, desto geringer ist die Zustimmung zu einer Definition von Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit (Lettke 1999).

Ärzte gehören eindeutig der höher gebildeten Bevölkerungsschicht an. Ihre Gesundheitsvorstellungen sind daher auch vor diesem Hintergrund zu sehen.

Auch die Altersspezifik von Gesundheitsvorstellungen spielt in die vorliegende Arbeit hinein, da ein Großteil der befragten Ärzte bereits mehr als zwanzig Jahre in der Praxis tätig ist und die Vertragsärzte für Allgemeinmedizin der OÖ Gebietskrankenkasse auch insgesamt mehrheitlich in einem Alter jenseits der Fünfzig sind. Schultze und Welters fanden in einer Fragebogenuntersuchung mit 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die sich selbst als gesund einschätzten, heraus, dass sich Gesundheitsvorstellungen in verschiedenen Lebensaltern unterscheiden (Schulze, Welters 1998).

Auch wenn in diese Untersuchung ausdrücklich Nicht-Akademiker einbezogen waren, so scheint sie doch auch im vorliegenden Zusammenhang erwähnenswert.

3.4.3 Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Professionellen

Welche subjektiven Gesundheitsvorstellungen Ärzte haben, ist für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung von unmittelbarer Relevanz, weil das Gesundheitshandeln wesentlich von den expliziten und impliziten Vorstellungen über Gesundheit beeinflusst ist. „Die Beeinflussung von Gesundheitshandeln – als Ziel von Prävention und Gesundheitserziehung – wird v.a. dann Erfolg haben, wenn die Gesundheitsvorstellungen der Zielgruppe erreicht und beeinflusst werden“ (Flick 1998a). Ärzte nehmen hier insofern eine Sonderstellung ein, als ihre Gesundheitsvorstellung nicht nur bezogen auf die je eigene Gesundheit sondern auch auf das Handeln in Hinblick auf die Gesundheit anderer relevant ist: „Weiterhin wird auch das gesundheitsbezogene bzw. –förderliche Handeln von Professionellen wesentlich von deren Vorstellungen über Gesundheit, Gesundheitsförderung und Prävention bestimmt sein“ (Flick et al. 2004).

Zu den Gesundheitsvorstellungen von Professionellen im Gesundheitswesen und hier wiederum insbesondere Ärzten existieren bislang wenige Untersuchungen. Faltermaier hat in seiner Untersuchung „Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag“ Ärzte und Pflegekräfte als Kontrastgruppe befragt. Das Hauptinteresse in dieser Arbeit galt

jedoch *nicht* den Professionellen und die Aussagen der Ärzte und Pflegekräfte wurden nicht systematisch analysiert. (Faltermaier 1994)

Flick et al haben 2004 niedergelassene Ärzte und ambulante Pflegekräfte in zwei deutschen Großstädten (Berlin und Hannover) befragt und untersucht, inwieweit „Vorstellungen von Gesundheit professionelle Handlungskonzepte und –weisen bestimmen oder zumindest beeinflussen“ (Flick et al. 2004, S. 63). Sie zitieren auch eine quantitative Befragung aus dem Jahr 1999, welche zeigt, dass Professionelle eine Definition von Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit doppelt so häufig *ablehnen* wie Laien (Lettke et al 1999, zit.n. Flick et al. 2004, S. 42).

Die Vielfältigkeit und Vielschichtigkeit von subjektiven Konzepten von Gesundheit wird auch dadurch unterstrichen, dass empirische Belege vorliegen, wonach ein einziges Individuum mehrere Begriffe von Gesundheit in sich vereinen kann. So fanden Flick et al bis zu vier verschiedene Erklärungsmuster, wie Professionelle im Gesundheitswesen (Ärzte und Pflegekräfte) ihre eigene Vorstellung von Gesundheit definieren.(Flick et al. 2004).

Nach den Ergebnissen von Flick (2004) können unterschieden werden: krankheits- und belastungsbezogene Gesundheitsvorstellungen, sozial-funktional orientierte Gesundheitsvorstellungen und gesundheitswissenschaftlich orientierte Gesundheitsvorstellungen.

Krankheits- und belastungsbezogene Gesundheitsvorstellungen

Unter die Kategorie der krankheits- und belastungsbezogenen Gesundheitsvorstellungen subsumieren Flick et al (2004) alle negativen Bestimmungen von Gesundheit, wenn also Gesundheit nicht positiv bezeichnet sondern durch die Abwesenheit von Krankheit oder als Störungs- und Belastungsfreiheit beschrieben wird. Gesund ist nach diesen Vorstellungen, wer keine Krankheit, keine Beschwerden hat oder keine medizinische Leistung benötigt. Herzlich hat für diese Gesundheitsvorstellungen die Bezeichnung „Gesundheit als Vakuum“ (health in a vacuum) geprägt (Herzlich 1973). Flick et al fanden auch Ärzte, für welche Gesundheit erst im Störfall zum Thema wird und die meinten, das Alter, wo man über Gesundheit nachdenke, käme erst.

Bei Ärzten und Pflegekräften fanden Flick et al selten diese negativ bestimmte Gesundheitsvorstellung. Zudem wendeten die befragten Ärzte diese medizinische Definition „kaum als einzige und ausschließliche Definition“ an. (Flick et al. 2004, S. 65)

Faltermaier fand demgegenüber 1994 bei Ärzten noch überwiegend die negative Vorstellung von Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit (Faltermaier 1994).

Sozial-funktional orientierte Gesundheitsvorstellungen

Sozial-funktional orientierte Gesundheitsvorstellungen sehen Gesundheit als das Vermögen, gesellschaftliche Funktionen zu erfüllen und autonom oder selbstbestimmt zu sein. Leistungs- und Arbeitsfähigkeit (Funktionalität) fallen darunter, aber auch die Fähigkeit, sich gegebenen Einschränkungen wie etwa chronischen Erkrankungen, anzupassen (Flexibilität). Gesund ist, wer sich flexibel an Krankheits-Situationen anpassen kann. Es gibt also Gesundheit „auch in Anwesenheit von Krankheit und Gebrechen“ (Flick et al. 2004). Flick et al fanden diese Gesundheitsvorstellung bei den befragten Ärzten und werteten dies als „Abkehr der Ärzte von der medizinischen und dichotomen Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit“ (Flick et al. 2004). Gesundheit umfasst dabei auch die Integration in die Gesellschaft, das Vorhandensein und die Pflege sozialer Netzwerke und Kontakte sowie die Fähigkeit, den eigenen Alltag unabhängig und selbstständig zu bewältigen. Den letztgenannten Aspekt der Unabhängigkeit und Selbstständigkeit im Alltag fanden Flick et al interessanterweise nur bei den Pflegekräften, nicht aber bei den Ärzten. Soziale Gesundheit umfasst auch „die soziale Unterstützung, die eine Person durch ihre Mitmenschen erfährt sowie die Lebensqualität in den bestehenden sozialen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, in denen sich ein Individuum bewegt.“(Flick et al. 2004, S. 67).

Gesundheitswissenschaftlich orientierte Gesundheitsvorstellungen

Bei den von Flick et al den gesundheitswissenschaftlich orientierten Gesundheitsvorstellungen zugeordneten Definitionen handelt es sich um positive Bestimmungen von Gesundheit. Gesundheit wird beschrieben als ein Komplex, als eine Ressource von hohem Wert, mit der Menschen ausgestattet sind und die es zu

erhalten gilt, oder auch – in Anlehnung an die WHO-Definition - als körperliches und seelisches Wohlbefinden. Hervorgehoben wird beim Komplex Gesundheit vielfach auch die seelische und individuelle Komponente: Gesundheit als Lebenszufriedenheit und hier wiederum kann Gesundheit durchaus in Anwesenheit von Beschwerden gegeben sein, was einer Abkehr von einer rein medizinischen Sicht auf Gesundheit entspricht. Das subjektive Empfinden wird als ausschlaggebender gesehen als professionelle Definitionen – das was nach objektiven Kriterien als „krank“ gelten würde, wird relativiert durch das subjektive Empfinden.

Gesundheit wird weiters als Ressource oder Reservoir verstanden, die im Lauf des Lebens abgebaut zu werden drohen und die es daher vorsorglich zu erhalten und fördern gilt.

In der Kategorie gesundheitswissenschaftlich orientierte Gesundheitsvorstellungen sprechen Flick et al auch das relative Gesundheitskonzept von Hurrelmann an. Relative Gesundheit ist demnach ein Stadium eines teilweise gestörten Gleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen die Bewältigung von inneren (körperlichen und psychischen) und äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen nur teilweise oder nur vorübergehend gelingt. (Hurrelmann 2006). Die befragten Ärzte in Berlin und Hannover verstanden darunter entwicklungsbedingte Abbauprozesse und relativierten so die Pole Gesundheit und Krankheit. Zum Beispiel wird dafür plädiert, altersbedingte Gelenksabnutzung nicht als Krankheit sondern als ‚Veränderung‘ zu sehen und Gesundheit in Anwesenheit von Krankheit zuzulassen, wenn die subjektive Empfindung danach ist.

An der WHO-Definition orientierte Gesundheitsvorstellungen und solche, die körperliches und seelisches Wohlbefinden und Gleichgewicht zum Inhalt haben werden ebenfalls den gesundheitswissenschaftlich orientierten Gesundheitsvorstellungen zugerechnet. Wohlbefinden wird sehr häufig in Zusammenhang mit Gesundheit verwendet, wobei der Begriff Wohlbefinden selber sehr vielschichtig ist: er wird verwendet als Sammelbegriff für mehrere positive Emotionen oder auch mit seelischer oder psychischer Gesundheit gleichgesetzt. Fast immer umfasst er jedoch sowohl eine medizinische als auch eine subjektive Komponente. Flick et al stellten fest, dass sich über ein Drittel der befragten Ärzte an der WHO-Definition orientiert und „dass Professionelle aus dem Gesundheitswesen sich diese Sichtweise angeeignet und in ihre Konzepte von Gesundheit integriert haben und eine rein biomedizinische Sichtweise nicht mehr vorherrscht.“(Flick et al.

2004, S. 77). Sie fanden aber auch Ärzte, die sich von der WHO-Definition abgrenzten und diese „utopisch“ fanden und zwei Ärzte, die Gesundheit ausschließlich als Abwesenheit von Krankheit definierten.

3.5 Gesundheitsförderung und Prävention

Gesundheitsförderung und Prävention stellen zwei grundlegend verschiedene gesundheitswissenschaftliche Strategien dar. „Während die Prävention auf die Vermeidung bzw. Minimierung von Risiken für Gesundheit abzielt und dadurch zur Gesunderhaltung beiträgt, will Gesundheitsförderung dieses Ziel durch die Erhaltung und Stärkung der Ressourcen für Gesundheit erreichen.“(Waller 2006)

Auch Badura betont, dass Gesundheitsförderung und Prävention für unterschiedliche gesundheitspolitische Konzeptionen stehen: „Der Akzent liegt hier (Anm.: bei der Gesundheitsförderung) auf der Förderung positiver Gesundheit, also auf einer salutogenetischen Problemstellung, im Unterschied zur pathogenetischen der Präventionsforschung. Hinzuzufügen ist noch: Die Idee der Gesundheitsförderung ist unspezifisch, die Idee der Prävention krankheitsspezifisch, das heißt an der ICD-Klassifikation orientiert. Prävention beginnt bei wohldefinierten medizinischen Endpunkten und fragt zurück nach möglichen Risikofaktoren. Gesundheitsförderung setzt an den Lebensbedingungen des Menschen an. Ihr geht es darum, biologische, seelische und soziale Widerstandskräfte und Schutzfaktoren zu mobilisieren und Lebensbedingungen herzustellen, die positives Denken, positive Gefühle und ein optimales Maß an körperlicher Be- und Entlastung erlauben.“ (Badura 1992a, S. 44).

Gemeinsam haben beiden Strategien, dass sie einen Gesundheitsgewinn erzielen wollen, sie nähern sich diesem Ziel jedoch von verschiedenen Seiten und stehen so in einem Ergänzungsverhältnis. „Bei der Krankheitsprävention soll der Gesundheitsgewinn durch das Zurückdrängen von Krankheitslast erzielt werden, bei der Gesundheitsförderung durch die Stärkung von Gesundheitsressourcen“. (Hurrelmann 2006, S. 150).

Je nach Ausgangslage kann einmal die eine und einmal die andere Interventionsform die angemessenere sein, um einen Gesundheitsgewinn zu erzielen, was Pelikan und Halbmayr anschaulich dargestellt haben:

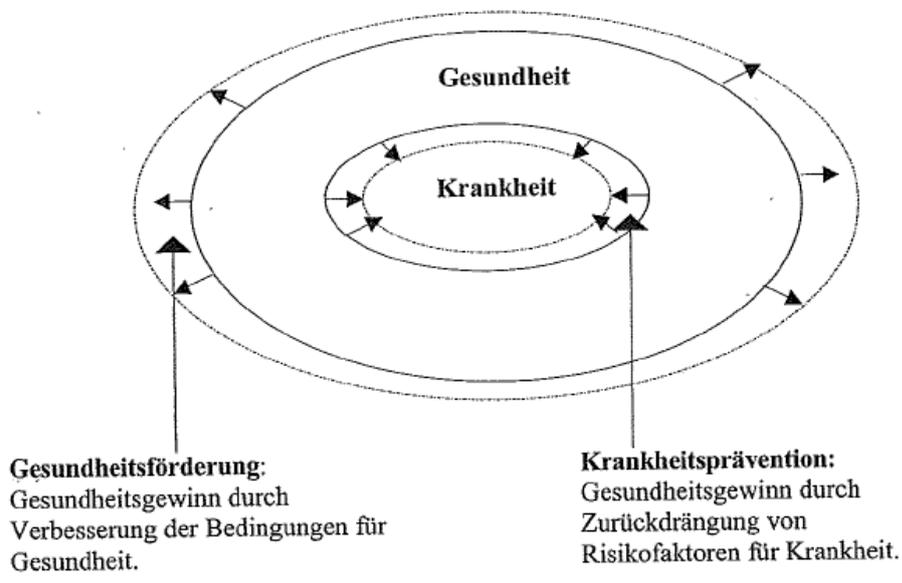


Abb. 10: Das Verhältnis von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention (nach Pelikan, Halbmayr 1999, S. 15);

Noack hat die Gesundheitspotentiale, welche durch die beiden Strategien gehoben werden können, übersichtlich dargestellt und es zeigt sich, dass häufig beide Strategien Ansatzpunkte für Interventionen bieten:

Ebene	Verminderung von Risiken	von	Vermehrung von Ressourcen	von
Physische Umwelt	Verminderung von Luft-, Boden- und Gewässerverschmutzung	Luft- und	Erhaltung und Schaffung von Naherholungsgebieten	
	Verringerung von Unfallgefährdung auf Straßen und in Betrieben	von auf	Schaffung sicherer und zugänglicher Verkehrs- und Kommunikationsmittel	
	Beseitigung gesundheitsgefährdender Wohnungen	Wohnungen	Erhaltung und Schaffung von ausreichenden menschenwürdigen Wohnungen	
Soziale Umwelt	Beseitigung von Armut und Arbeitslosigkeit	Armut und Arbeitslosigkeit	Erhaltung und Ausbau sozialer Sicherungssysteme	

	Verminderung von sozialer Isolation und Einsamkeit	Förderung sozialer Einrichtungen und Netzwerke
	Verminderung von gesundheitsschädigenden Arbeitsbedingungen	Ausbau der Bürgerbeteiligung im kommunalen Bereich
		Förderung der Mitbestimmung in der Arbeitswelt
Gesundheitsdienst	Überwachung der Gesundheitsdienste	Systematische Gesundheitsberichterstattung
	Verringerung unnötiger medizinischer Eingriffe	Ausbau präventiver und beratender Dienste
	Verringerung des Medikamentenmissbrauchs	Förderung von Selbsthilfeeinrichtungen und -gruppen
Personale Faktoren	Verringerung körperlicher Risikofaktoren	Förderung körperlicher Widerstands- und Leistungsfähigkeit
	Linderung körperlicher Störungen und Gebrechen	Förderung individueller gesundheitlicher Handlungsfähigkeit
Lebensweisen	Verringerung gesundheitsgefährdender Selbstbehandlung	“Richtige“ Nutzung der Gesundheitsdienste
	Verminderung gesundheitsriskanter Verhaltensweisen	Entwicklung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen
	Vermeidung risikoreicher Bewältigungsmuster	Erlernen gesundheitsgerechter Bewältigungsmuster

Abb. 11: Gesundheitspotentiale (Beispiele)

Quelle: Noack 1999, S. 34 zit. n. Waller 2006, S. 157

Mit dieser Unterscheidung von Interventionen nach ihrem Fokus auf die Verminderung von Krankheit/Risiko oder auf die Vermehrung von Gesundheit/Ressourcen können früher beschriebene (vor allem praktische) Schwierigkeiten bei der Abgrenzung von Gesundheitsförderung und Prävention

minimiert werden. „Es gibt keine scharfe theoretische und noch weniger praktische Abgrenzung zwischen Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung. Allgemein bestehen Überschneidungen zwischen Aktivitäten, die auf Versorgung/Heilung/Vorsorge/Förderung/Lebensqualität ausgerichtet sind. Es ist daher schwierig, zu einer begrenzten Definition der Gesundheitsförderung, die Krankheitsverhütung ausschließt, zu kommen“ (Anderson 1984, S. 79).

Gesundheitsförderung und Prävention sind also einander ergänzende Strategien. „Beide Strategien haben das Ziel, die gesundheitliche Lebensqualität sowohl von Gesunden als auch von Kranken zu erhöhen, indem Krankheitslasten zurückgedrängt und Gesundheitspotentiale gefördert werden.“(Hurrelmann 2006, S. 147). Einmal nähert man sich der Aufgabe Gesundheit zu gewinnen vom Pol Krankheit und im anderen Fall vom Pol Gesundheit. Gänzlich frei von Überschneidung sind Gesundheitsförderung und Prävention nicht, da es sowohl auf der individuellen als auch auf der bevölkerungsbezogenen Ebene Zuordnungs- und Abgrenzungsprobleme geben kann.

3.5.1 Gesundheitsförderung

Bei der Gesundheitsförderung stehen die salutogenen Dynamiken, welche der Aufrechterhaltung von Gesundheitsstadien dienen, im Vordergrund. Darauf wird der Fokus der Intervention gelegt. (Hurrelmann 2006, S. 149). Das „gezielte Eingreifen von öffentlich und professionell autorisierten Handelnden, um die sich abzeichnenden Entwicklungen von Morbiditäts- und Mortalitätstrends bei Einzelnen oder bei Bevölkerungsgruppen zu beeinflussen“ (Hurrelmann, Laaser 2006, S. 750) zielt „auf die Verbesserung von individuellen Fähigkeiten der Lebensbewältigung und ökonomischen, kulturellen, sozialen, bildungsmäßigen und hygienischen Bedingungen der Lebensgestaltung von Bevölkerungsgruppen“.(Hurrelmann, Laaser 2006, S. 751).

„Ziel der Interventionsform der „Promotion“ ist es deshalb, so früh wie möglich den erwartbaren Verlauf der Entwicklung des gesunden Zustandes eines Menschen oder einer ganzen Gruppe von Menschen mit dem Ziel zu beeinflussen, dass ein höheres Niveau der Gesundheitsqualität erreicht wird.“ (Hurrelmann et al. 2004, S. 13). Es

geht um die „Stärkung von persönlicher und sozialer Gesundheitskompetenz, verbunden mit einer systematischen Politik, die auf die Verbesserung der Gesundheitsdeterminanten und den Abbau von gesundheitlicher Ungleichheit abzielt“ (Kickbusch 2003)

„Gesundheitsförderung verfolgt somit das Ziel, über die **Stärkung von Ressourcen** die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern. Ansatzpunkte sind entweder **Individuen**, die befähigt werden sollen, durch selbstbestimmtes Handeln ihre Gesundheitschancen zu erhöhen oder die sozialen, ökologischen und ökonomischen **Rahmenbedingungen**. Gesundheitsförderung ist dann besonders wirkungsvoll, wenn verhaltensbezogene und verhältnisbezogene Interventionsmaßnahmen miteinander kombiniert werden.“ (Altgeld, Kolip 2004, S. 42).

Gegenüber dem in der Sozialmedizin des 19. Jahrhundert entstandenen Begriff Krankheitsprävention ist Gesundheitsförderung das deutlich jüngere Konzept. Es geht zurück auf die gesundheitspolitischen Debatten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und etablierte sich nach der Weltgesundheitskonferenz in Ottawa (Hurrelmann, Laaser 2006).

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO enthält die folgende Definition von Gesundheitsförderung: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können.“(WHO/Europa 1986, S. 3-4)

Aus dieser Definition und auch aus den weiteren Formulierungen der Ottawa-Charta sowie daran anknüpfenden Ausführungen unterschiedlicher Autoren wird klar, dass Gesundheitsförderung ein umfassendes Handlungskonzept, eine Grundhaltung ist, die es auf verschiedensten Ebenen zu verwirklichen gilt (Pelikan, Halbmayer 1999).

Die Ottawa-Charta selber zeigt auf, was dabei die grundlegenden Strategien sind, nämlich *advocat* (Interessen vertreten), *enable* (Befähigen und Ermöglichen) und *mediate* (Vermitteln und Vernetzen). Um das zu erreichen, werden fünf prioritäre Handlungsfelder definiert:

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
- gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen
- gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen
- persönliche Kompetenzen entwickeln
- die Gesundheitsdienste neu organisieren.

Die Ottawa Charta markiert auch den Beginn der Lebenswelt- und Settingorientierten Gesundheitsförderung als Antwort auf die soziale Bedingtheit von Gesundheits- (bzw. Krankheits)-verläufen: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“(WHO/Europa 1986). Innerhalb dieses von der WHO entwickelten Setting-Ansatzes können verhältnis- und verhaltensorientierte Strategien aufeinander abgestimmt verfolgt werden. Unter Setting wird ein überschaubares sozial-räumliches System, in dem Menschen ihren Alltagstätigkeiten nachgehen, verstanden. Die WHO hat Verbundsysteme von gesundheitsfördernden Settings aufgebaut: prominente Beispiele sind die Netzwerke gesunde Städte, gesundheitsfördernde Schulen, gesundheitsfördernde Betriebe, gesundheitsfördernde Krankenhäuser, gesundheitsfördernde Gefängnisse und gesundheitsfördernde Hochschulen (Hurrelmann, Laaser 2006, S. 770).

Hingewiesen wird bisweilen auf einen Mangel an Evidenzbasierung und systematischer Überprüfung und Evaluation verschiedener Ansätze und Programme (Hurrelmann, Laaser 2006, S. 773).

Kickbusch schlägt daher vor, das Erreichen instrumenteller Ziele als Erfolgskriterium der Gesundheitsförderung heranzuziehen. Nutbeam nennt diese instrumentellen Ziel „health promotion outcomes“ und schlägt drei große Bereiche vor, für die sich Indikatoren finden lassen, nämlich Gesundheitskompetenz (health literacy), soziale Aktivierung und politische Maßnahmen (Nutbeam 1998 zit.n. (Kickbusch 2003, S. 185).

Insgesamt wird deutlich, „Gesundheitsförderung ist kein klar abgrenzbares Handlungsfeld; gesundheitsförderliche Strategien können in praktisch jedem gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Handlungsfeld angewandt werden, um soziale Güter wie soziale Netzwerke, soziales Kapital, Lebensqualität und ein Mehr an Gesundheit herzustellen.“ (Kickbusch 2003, S. 186).

3.5.2 Krankheitsprävention

Prävention geht begrifflich auf das lateinische Wort ‚praevenire‘ (zuvorkommen) zurück (Walter et al. 2003) und bezeichnet „jene individuellen und gesellschaftlichen Strategien und Maßnahmen, die darauf zielen, einen schlechteren Gesundheitszustand zu vermeiden, während Heilbehandlung (Kuration) und Rehabilitation einen besseren Zustand zu erreichen suchen“ (Rosenbrock, Gerlinger 2006, S. 59).

Bei der Krankheitsprävention geht es um die Verhinderung und Abwendung von Krankheit, es ist also wichtig, pathogene Dynamiken, also Ausgangsbedingungen, Risiken, Entwicklung und Verlauf von Krankheiten, exakt zu kennen. (Hurrelmann 2006, S. 149). „*Krankheitsprävention* bedeutet im Wortsinn, einer Krankheit zuvorkommen, um sie zu verhindern („verhüten“) oder abzuwenden.“ (Anm. Hervorhebungen im Original) (Hurrelmann, Laaser 2006, S. 751). Es geht darum, eine gesundheitliche Schädigung durch gezielte Aktivitäten zu verhindern, weniger wahrscheinlich zu machen oder zu verzögern (Walter et al. 2003). Es wird „in die Dynamik der sozialen, psychischen und/oder körperlichen Pathogenese eingegriffen, die daraufhin einen anderen Verlauf als ursprünglich zu erwarten nimmt.“ (Hurrelmann, Laaser 2006, S. 751).

Krankheitsprävention richtet sich in der Regel an Risikogruppen, das sind Menschen, die mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit von Gesundheitsstörungen, Funktionseinschränkungen und Krankheiten betroffen werden können (Walter et al. 2003).

Ziel der Krankheitsprävention ist „die Verhinderung des Voranschreitens einer Gesundheitsstörung oder Krankheit in ein jeweils schlimmeres Stadium und das Vermeiden von Folgestörungen psychischer und sozialer Art sowie das Reduzieren von Folgeerkrankungen.“(Hurrelmann, Laaser 2006, S. 753).

Auch Präventionsmaßnahmen können sich sowohl auf das Verhalten von Individuen und Gruppen beziehen (etwa der Rat des Arztes, das Rauchen aufzugeben oder der Besuch eines Raucherentwöhnungskurses) als auch auf Veränderungen der biologischen, sozialen oder technischen Umwelt (Verhältnisprävention wären etwa Rauchverbote). (Walter et al. 2003, S. 191).

Eine klassische Einteilung, die sich seit Caplan und Grunebaum (1967) und Jenkins (1994) auch in den Gesundheitswissenschaften etabliert hat, unterscheidet je nach Zeitpunkt und Art der Intervention primäre, sekundäre und tertiäre Prävention (Hurrelmann 2006, S. 148).

Primäre Prävention

„Primäre Prävention richtet sich darauf, schon im Vorfeld einer Krankheitsentwicklung allen bekannten Risikofaktoren entgegenzutreten, um das Auftreten einer Krankheit möglichst zu vermeiden oder doch zumindest die Verbreitung einer Krankheit so niedrig wie möglich zu halten. Prävention kann unspezifisch (generell) orientiert sein und die gesamte Bevölkerung ansprechen, zum Beispiel bei Aufklärung über Fehlernährung. Sie kann aber auch, was häufiger der Fall ist, spezifisch sein und sich gezielt an Menschen richten, die ‚Risikomerkmale‘ tragen, also zum Beispiel erhöhten Blutdruck oder Übergewicht“. (Hurrelmann 2006, S. 148).

Aktivitäten, die sich an alle Bevölkerungsgruppen richten, werden als „primordiale Prävention“ bezeichnet (z.B. organisationale Verbesserungen am Arbeitsplatz, Fluoridierung des Trinkwassers)(Hurrelmann, Laaser 2006).

„Primärprävention umfasst alle spezifischen Aktivitäten vor Eintritt einer faßbaren biologischen Schädigung zur Vermeidung auslösender oder vorhandener Teilursachen. Gesundheitspolitisches Ziel ist, die Neuerkrankungsrate (Inzidenzrate)

einer Erkrankung in einer Population (oder die Eintrittswahrscheinlichkeit bei einem Individuum) zu senken.“(Walter et al. 2003, S. 189). Primäre Prävention richtet sich „nicht mehr an die gesamte Bevölkerung, sondern an Bevölkerungsgruppen mit einem erhöhten Risiko für Gesundheitsstörungen und Erkrankungen. Beispiele sind Strategien der Vermeidung des Tabakkonsums bei Kindern und Jugendlichen, einschließlich eines Rauchverbotes an Schulen, die Beratung zur Neurodermitisprävention von Kindern bei Eltern mit einem familiären Risiko und Grippeimpfungen bei älteren Menschen.“(Hurrelmann, Laaser 2006, S. 756).

Sekundäre Prävention

„Sekundäre Prävention richtet sich darauf, die Wahrscheinlichkeit und das Ausmaß der Ausbreitung und der Dauer einer bereits eingetretenen Gesundheitsstörung oder Krankheit zu reduzieren. Sie spricht in erster Linie Menschen an, die bereits Anzeichen einer Krankheit zeigen, zum Beispiel Herzrhythmusstörungen oder Atemprobleme. Um Krankheitsfrühstadien zu identifizieren, werden geeignete Testverfahren (Screeninginstrumente) entwickelt.“(Hurrelmann 2006, S. 149).

„Eine möglichst früh einsetzende Behandlung soll das Fortschreiten der Krankheit verhindern oder verzögern oder die Heilungschancen verbessern“.(Rosenbrock, Gerlinger 2006, S. 60).

„Sekundärprävention umfaßt alle Maßnahmen zur Entdeckung klinisch symptomloser Krankheitsfrühstadien (Gesundheitscheck, Vorsorgeuntersuchungen, Früherkennungsmaßnahmen) und ihre erfolgreiche Frühtherapie. Zentral ist die Forderung nach gesichertem Zusatznutzen der Frühbehandlung gegenüber einer später einsetzenden Normalbehandlung, da andernfalls Früherkennung, unnötige Kosten, unnötiges Leid und unnötige Risiken verursacht. Als Sekundärprävention wird in jüngster Zeit auch die Verhinderung eines Wiedereintritts eines Krankheitsereignisses nach behandelter Ersterkrankung bezeichnet. Gesundheitspolitisches Ziel ist die Inzidenzabsenkung manifester oder fortgeschrittener Erkrankungen.“ (Walter et al. 2003, S. 189). „Der Begriff der sekundären Prävention wird zur Verhinderung des Wiedereintritts des Krankheitsereignisses nach behandelter Ersterkrankung, etwa Vermeidung eines Reinfarktes nach einem ersten Herzinfarkt, verwendet.“(Hurrelmann, Laaser 2006, S. 756).

Tertiäre Prävention

„Tertiäre Prävention richtet sich darauf, die mit einer Krankheit einhergehenden Funktionseinschränkungen und Begleitkrankheiten zu reduzieren. Sie ist auf Menschen gerichtet, die bereits an einer Krankheit in einem vorgerückten Stadium leiden. Ziel ist es, ein möglichst hohes Maß an Lebensqualität zu sichern.“ (Hurrelmann 2006, S. 149).

„Tertiärprävention im weiteren Sinn ist die wirksame Behandlung einer symptomatisch gewordenen Erkrankung mit dem Ziel, Verschlimmerung und bleibende Funktionsverluste zu verhüten. Engere Konzepte der Tertiärprävention subsumieren die Behandlung manifester Erkrankungen unter Kuration und bezeichnen lediglich spezielle Interventionen zur Verhinderung bleibender, insbesondere sozialer Funktionseinbußen als Tertiärprävention oder Rehabilitation. Gesundheitspolitisches Ziel von Tertiärprävention im Sinne von Rehabilitation ist es, die Leistungsfähigkeit soweit wie möglich wiederherzustellen und die Inzidenz bleibender Einbußen und Behinderungen abzusenken (Walter et al. 2003, S. 189).

„Die Aktivitäten der tertiären Prävention richten sich darauf, die körperliche, psychische und auch soziale Leistungsfähigkeit nach einer Krankheitsbehandlung soweit wie möglich wiederherzustellen und das Neueintreten von Beeinträchtigungen und Behinderungen zu reduzieren. Dieser Begriff wird oft auch mit Pflege und Rehabilitation gleichgesetzt.“ (Hurrelmann, Laaser 2006, S. 757).

Die Übergänge zwischen den beschriebenen Präventionsphasen sind fließend und auch Rehabilitation und (tertiäre) Prävention sind überschneidend. Ebenso ist die (sekundäre und tertiäre) Prävention nicht eindeutig von der Kuration abzugrenzen (Rosenbrock, Gerlinger 2006).

3.5.3 Gesundheitsförderung und Prävention aus der (subjektiven) Sicht von Ärzten

Den wissenschaftlichen Konzepten von Gesundheitsförderung und Prävention sind wiederum die subjektiven Definitionen gegenüber zu stellen. Flick et al fanden bei ihrer 2001/02 durchgeführten Untersuchung mit 32 Ärzten in Berlin und Hannover

sowohl Ärzte, welche explizit oder implizit Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention unterschieden als auch Ärzte, welche unter Prävention insbesondere Inhalte anführten, die zur sekundären Prävention zählen (Gesundheitscheck) und von der Behandlung von Risikofaktoren und davon „Schlimmeres zu verhüten“ sprechen. Ebenso finden sie Ärzte, welche Lebensstilberatung und Gesundheitserziehung unter „echter Prävention“ verstehen (Flick et al. 2004).

„Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Prävention von der Mehrheit der Ärzte und Pflegekräfte eher in Teilaspekten als ganzheitlich gesehen wird. So liegt bei beiden Berufsgruppen ein starkes Gewicht auf der Sekundärprävention, Aspekte wie Empowerment oder psychosoziale Unterstützung werden nur von wenigen Interviewten benannt.“(Flick et al. 2004, S. 137).

Bei der Trennung der Begriffe Prävention und Gesundheitsförderung tun sich Ärzte schwer bzw. verneinen diese. „Ein Drittel der Ärzte erwähnt explizit, dass Gesundheitsförderung das Gleiche sei wie Prävention.“(Flick et al. 2004, S. 137).

Viele Ärzte verstehen unter Gesundheitsförderung etwas ganz anderes als es die wissenschaftliche Definition vorsieht: sie definieren Gesundheitsförderung im Sinne von Kuration und „geben an, dass Gesundheitsförderung (fast) ihre gesamte ärztliche Tätigkeit beinhaltet, vor allem wenn man Gesundheitsförderung im weiteren Sinn betrachtet und so weit fasst, dass Laboruntersuchungen, die Möglichkeiten einer frühen Diagnostik, das Bekämpfen von Krankheiten und die Medikamentenverteilung dazugezählt werden (Flick et al. 2004, S. 138).

Bei subjektiven Definitionen zu Gesundheitsförderung legen Ärzte ein stärkeres Gewicht auf die psychosozialen Umstände als bei subjektiven Definitionen zu Prävention. Genannt werden Lebensberatung, Lebensqualität, Einbeziehung von Problemen außerhalb des medizinischen Bereiches und auch Psychotherapie. Empowerment und Eigenverantwortung werden von den Ärzten ebenfalls in Zusammenhang mit Gesundheitsförderung ins Treffen geführt.

Zusammenfassend stellen Flick et al fest, „dass die Konzepte der Prävention und Gesundheitsförderung den Ärzten theoretisch bekannt sind, in ihre ärztliche Tätigkeit

jedoch nur in Teilbereichen Eingang finden. Aus den empirischen Definitionen lässt sich konstatieren, dass eine Trennung in Prävention und Gesundheitsförderung schwierig und von den Ärzten in ihrem Praxisalltag nicht durchführbar ist.“(Flick et al. 2004, S. 140).

Hinsichtlich der Einstellung gegenüber Prävention und Gesundheitsförderung finden Flick et al. mehrheitlich positive Einstellungen aber auch kritische Einstellungen. Ein gutes Drittel weist eine ambivalente Einstellung auf. Kein befragter Arzt lehnt Prävention grundsätzlich ab, allerdings geht man mitunter doch deutlich auf Distanz - teils aufgrund von Studienergebnissen (etwa zur Vorsorgeuntersuchung), oder auch wegen frustrierender Erfahrungen. (Flick et al. 2004)

4. Der Hausarzt als Dreh- und Angelpunkt des Versorgungssystems in Theorie und Praxis

Der Begriff des Versorgungssystems wird im vorliegenden Zusammenhang umfassend und individuenzentriert verstanden und setzt an der Schnittstelle zwischen Eigen- und Fremdversorgung an. „Unter Versorgungssystem ist ein System zu verstehen, das für Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen oder gesundheitlichen Problemen Angebote zur Hilfe und Unterstützung bereithält und keinesfalls auf medizinische und/oder pflegende Bereiche begrenzt werden kann. Zum Versorgungssystem zählt deshalb alles, was physische, psychische und soziale Handlungsmöglichkeiten erweitert oder regeneriert“. (Badura et al, 1999, S. 253)

Österreich weist ein gesetzliches Krankenversicherungssystem Bismarck'scher Prägung auf, das die Regelung der Versicherungs-Belange der Selbstverwaltung aus Arbeitnehmern und Arbeitgebern übertragen hat (ASVG, § 418 ff). Von diesem Pflichtversicherungssystem sind über 90% der österreichischen Bevölkerung erfasst. Das österreichische Krankenversicherungssystem kann als korporatives Verhandlungssystem beschrieben werden. Neben den Interessenvertretungen der Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Ärzte kommt Repräsentanten des Staates eine bedeutende Funktion zu, da im System der gesetzlichen Pflichtversicherung sowohl die Versicherungs begründung als auch die Leistungen und die Beitragszahlungen gesetzlich geregelt sind und die Selbstverwaltungen sich innerhalb dieses

gesetzlichen Rahmens bewegen müssen. Zudem kann der Staat in der Rolle des Gesetzgebers auch organisatorische Veränderungen vornehmen.

Die konkrete Leistungserbringung findet im typischen Dreiecksverhältnis von Kostenträger, Versicherten und Leistungserbringer statt, wie es in der folgenden Abbildung veranschaulicht wird.

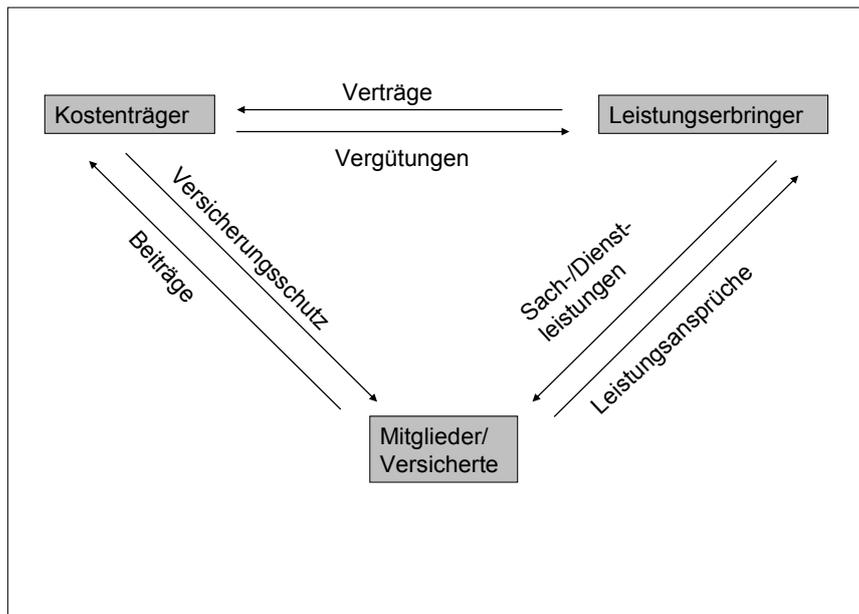


Abb. 12: Grundstruktur des Verhältnisses von Kostenträgern, Leistungserbringern und Versicherten im Gesundheitssystem
Quelle: Simon 2006, S. 883

Der Arzt für Allgemeinmedizin spielt im österreichischen Gesundheitssystem eine zentrale Rolle, da er vielfach bei gesundheitlichen Problemen die erste Anlaufstelle ist. Dies nicht zuletzt auch dadurch, dass Ärzte für Allgemeinmedizin die dichteste medizinische Versorgungsstruktur nach dem Versorgungskriterium Zugang darstellen. Auf einer versorgungsplanerischen Ebene wird in Österreich ein Richtwert von 2000 Einwohnern pro Arzt angewandt. Der Vollständigkeit halber soll erwähnt werden, dass dies natürlich nicht der einzige bei der Planung berücksichtigte Wert ist, sondern auch weitere Parameter – etwa Pendlerbewegungen – Eingang finden. Neben diesen inputorientierten Größen gibt es auch Aussagen zur Versorgungsdichte aus Sicht der PatientInnen: nach einer Mikrozensus Befragung der Statistik Austria aus dem Jahr 1999 geben die oberösterreichischen Patienten im

Durchschnitt an, innerhalb von 17 Minuten einen Arzt für Allgemeinmedizin zu erreichen.

Der Arzt für Allgemeinmedizin (Hausarzt) wird in der Regel im Falle einer Krankheit als Erster kontaktiert. Er stellt den Behandlungsbedarf fest und führt selber Behandlungen durch, überweist zu Spezialisten und/oder verordnet Medikamente, Heilbehelfe oder Therapien. Daraus ergibt sich, dass der Arzt für Allgemeinmedizin eine zentrale Anlauf- und Verteilerstelle im Versorgungssystem ist. „Diese Rolle wird häufig mit dem Begriff ‚gate-keeper‘ (Türwächter) charakterisiert.“ (Rosenbrock, Gerlinger 2004, S. 107). Rosenbrock und Gerlinger (2004) messen dem „Leitbild des Hausarzes“, das in einer umfassenden und kontinuierlichen Betreuungs- und Koordinierungsfunktion zum Ausdruck kommt, steigende Bedeutung zu, weil die zunehmende Spezialisierung in der modernen Medizin die Desintegration von Versorgungsprozessen begünstigt und das Vordringen chronisch-degenerativer Erkrankungen sowie der demographische Wandel eine integrierende Gesamtsicht auf den Versorgungsprozess erfordert: „Die Kenntnis des Patienten und seines sozialen Umfeldes sollte den Hausarzt weit eher als den Spezialisten in die Lage versetzen, auf die Kontextbedingungen der Krankheitsentstehung und –bewältigung einzugehen und somit die Gesundheits-ressourcen des Patienten zu erkennen und zu mobilisieren. Dies ist auch wegen des hohen Anteils unspezifischer Beschwerden und Befindlichkeitsstörungen sowie psychosozialer Krankheitsursachen geboten...“. (Rosenbrock, Gerlinger 2004, S. 109/10)

4.1 Die Funktionen der allgemeinärztlichen Tätigkeit

Wie alle Berufe unterliegt auch die ärztliche Tätigkeit einer ständigen Entwicklung. Die ärztliche Profession hat sich historisch Ende des 19. Jahrhunderts als Leitprofession in der Krankenversorgung (Freidson 1979) etabliert, was durchaus auch in Zusammenhang mit der Schaffung der Sozialversicherungsgesetze stand, weil sich die ambulante ärztliche Versorgung auf breiter – auch wirtschaftlicher – Grundlage ab Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung entfalten konnte (Schwartz, Klein-Lange 2003).

Der Umfang der Leistungen von Hausärzten ist durch die gesetzliche Krankenversicherung determiniert und in Österreich im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG) geregelt: „Die Krankenbehandlung umfasst: 1. ärztliche Hilfe; 2. Heilmittel; 3. Heilbehelfe. Die Krankenbehandlung muß ausreichend und zweckmäßig sein, sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Durch die Krankenbehandlung sollen die Gesundheit, die Arbeitsfähigkeit und die Fähigkeit, für die lebenswichtigen Bedürfnisse zu sorgen, nach Möglichkeit wiederhergestellt, gefestigt oder gebessert werden.“ (Marhold, Melzer-Azodanloo 2010), § 133 ASVG.

Die Festlegung des Leistungskataloges sowie der Honorierung der Leistungen obliegt – innerhalb des gesetzlichen Rahmens - Ärzten und Sozialversicherung gemeinsam, indem sie ihre Beziehung über die gesetzlich vorgesehenen Verträge regeln. Die Bestimmungen der §§ 338 ff ASVG legen fest, dass durch die Verträge „die ausreichende Versorgung der Versicherten und ihrer anspruchsberechtigten Angehörigen mit den gesetzlich und satzungsmäßig vorgesehenen Leistungen sicherzustellen“ (§ 338/2 ASVG) ist. Dabei ist (neben vielen anderen Dingen) auf die Entwicklung der Beitragseinnahmen und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Krankenversicherungsträgers sowie die Kosten- und Mengenentwicklung bei den Vertragsärzten und den Stand der ärztlichen Wissenschaft und Erfahrung sowie die Auswirkungen der demographischen Entwicklung und der Veränderung der Morbidität Rücksicht zu nehmen (§342/2a ASVG).

Ärztliches Handeln stellt auch „gesellschaftliches Kontrollhandeln dar, welches ‚abweichendes‘ Verhalten bei Krankheit überhaupt erst legitimiert und über Leistungsansprüche entscheidet“ (Schwartz, Klein-Lange 2003, S. 273). Mit den Aspekten der sozialen Rollen „Kranker“ und „Arzt“ hat sich Talcott Parsons in seinem mittlerweile klassischen Werk „Struktur und Funktion der modernen Medizin“ eingehend beschäftigt. Was das „Kranksein“ zu einer sozialen Rolle (und nicht zu einem faktischen Zustand, eine Lage, in die man gerät macht) sind vier Aspekte des Systems institutionalisierter Erwartungen. Erstens die Befreiung des Kranken von den normalen Rollenverpflichtungen (etwa zur Arbeit gehen zu müssen). Der Arzt ist dabei legitimierende Instanz gegenüber verschiedenen sozialen Partnern. Weiters ist der Kranke von der Verantwortlichkeit für sein Kranksein befreit, er „kann nichts

dafür“ und bedarf der Hilfe. Selbstverständlich beinhaltet die Krankenrolle auch Verpflichtungen des Kranken, aber eben keine „Schuld“ oder ursächliche Verantwortlichkeit dafür krank geworden zu sein. Drittens ist Krankheit als unerwünscht bestimmt und mit der Verpflichtung und dem Willen gesund zu werden verbunden. Gesellschaftlich legitim ist die Krankenrolle nur, solange der Kranke sich in einem unerfreulichen Zustand befindet, von dem man hofft, dass er so schnell wie möglich vorübergehe. Eng verwandt mit allen diesen Elementen ist das Vierte, nämlich fachkundige Hilfe zu suchen und bei der Behandlung zu kooperieren. Arzt und Patient ergeben somit eine komplementäre Rollenstruktur (Parsons 1951).

Ergänzend zum Versicherungsfall der Krankheit gibt es seit 1992 die Gesundheitsförderung als so genannte Pflichtaufgabe der Krankenversicherung. Noch länger sind Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten (Jugendlichen- und Vorsorgeuntersuchungen), Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit (humangenetische Vorsorgemaßnahmen, Impfungen) sowie zur Festigung der Gesundheit (Kuraufenthalte) und Krankheitsverhütung Teil des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese stellen aber eher Randgebiete dar, wie auch am Verhältnis der Ausgabenvolumina festzustellen ist.

Innerhalb des Versorgungssystems erlangt die Allgemeinmedizin wieder steigende Aufmerksamkeit – nach Jahren des Fokus auf Spezialisierung, mit der auch eine Fragmentierung einherging. „Der lang anhaltende Ausbau der Akutversorgung ging einher mit einer fortschreitenden Spezialisierung und Fragmentierung der Versorgungsprozesse sowie mit einer Konzentration auf akute somatische Problemstellungen und technische Lösungen. Den spezifischen Erwartungen und Bedürfnissen chronisch Kranker wird dies nur bedingt gerecht. Sie wollen – so eine durch zahlreiche Publikationen bestätigte Hypothese – Versorgung „aus einer Hand“ sowie die Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse nach Information, Beratung und Schulung.“ (Badura, Iseringhausen 2005, S. 9). Die WHO stellt im World Health report 2008 fest, dass im 20. Jahrhundert ein unverhältnismäßiger Fokus auf Spezialisten und Spitäler gelegt wurde, welcher zwar auf einen Bedarf (der jedoch zumindest teilweise auch angebotsinduziert ist) traf, am Ende aber auch in den industrialisierten Ländern zu Ineffizienzen und Ungleichheiten geführt hat. „Obviously, well functioning specialized tertiary care responds to a real demand

(albeit, at least in part, induced): it is necessary, at the very least, for the political credibility of the health system. However, the experience of industrialized countries has shown that a disproportionate focus on specialist, tertiary care provides poor value for money.” (WHO 2008, S. 11). Dementsprechend hebt die WHO die Bedeutung einer hausarztbasierten medizinischen Primärversorgung hervor, welche auf einer stabilen, langfristigen und persönlichen Beziehung („longitudinality“) zwischen der Bevölkerung und den Professionellen, die ihr Eingangstor in das Gesundheitssystem sind, beruht (WHO 2008).

Nach Kruse soll die allgemeinärztliche Tätigkeit fünf zentrale Funktionen erfüllen (Kruse 1995):

Mit der *primärärztlichen Funktion* (einschließlich Sieb- und Notfallfunktion) ist die ärztliche Basisversorgung der Bevölkerung gemeint und das Herausfiltern und Überweisen von gefährlichen Krankheitszuständen an Fachärzte oder stationäre Einrichtungen bzw. zu Rehabilitationseinrichtungen oder sozialen Hilfsdiensten.

Die *haus- und familienärztliche Funktion* umfasst die ärztliche Langzeitbehandlung und -betreuung im häuslichen Milieu und im Bereich der Familie (Familienmedizin) in Kenntnis des sozialen Umfeldes des Patienten (Identität der Lebensbereiche von Patient und Arzt). Auch die Hausbesuchstätigkeit ist hier zuzurechnen. Die Wahrnehmung der über die körperliche Erkrankung hinausreichenden biographischen und sozialen Probleme wird als „erlebte Anamnese“ bezeichnet und kann entsprechenden Behandlungsbedarf signalisieren.

Bei der *sozialen Integrationsfunktion* werden Hilfen aller Art bei der Behandlung des Patienten integriert. Hierunter fallen sozialmedizinische Aufgaben des Hausarztes wie Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit, Vermittlung und Zusammenarbeit mit sozialen Diensten u.dgl. und die Vertretung „des gesundheitlichen Interesses des zu Behandelnden“ (Kruse 1995, S. 6).

Die *Gesundheitsbildungsfunktion* schließt umfassende Gesundheitsberatung und Gesundheitserziehung des Patienten ein. Präventivmaßnahmen und Rehabilitation,

Impfprophylaxe und Vorsorgeprogramme sowie Beratung bei individuellen Gesundheitsrisiken, Ernährungsthemen und Berufsrisiken zählen dazu.

Die *Koordinierungsfunktion* schließlich enthält das Aufeinander-Abstimmen aller Behandlungsmaßnahmen inklusive Beurteilung der „Zumutbarkeit“ für den Patienten. Darunter fallen die Zusammenarbeit mit Spezialisten aber auch mit Versorgungseinrichtungen bei multimorbiden und chronisch kranken Patienten. Auch die Beratung der Familie und die Koordination sozialer und behindertengerechter Maßnahmen ist umfasst (Wohnung, Arbeitsplatz u.a.)

Wie diese Funktionen der Allgemeinmedizin tatsächlich verwirklicht werden, hängt von den Rahmenbedingungen des Systems genauso ab, wie vom Handeln der Einzelpersonlichkeit Arzt, wobei beides einer Wechselwirkung unterliegt, wie in Kapitel 2 dargestellt wurde.

4.2 Gesundheitsförderung und Prävention in der Allgemeinmedizin

In der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung heißt es:

„Die Gesundheitsdienste neu orientieren

Die Verantwortung für die Gesundheitsförderung wird in den Gesundheitsdiensten von Einzelpersonen, Gruppen, den Ärzten und anderen Mitarbeitern des Gesundheitswesens, den Gesundheitseinrichtungen und dem Staat geteilt. Sie müssen gemeinsam darauf hinarbeiten, ein Versorgungssystem zu entwickeln, das auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist und weit über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinausgeht.

Die Gesundheitsdienste müssen dabei eine Haltung einnehmen, die feinfühlig und respektvoll die unterschiedlichen kulturellen Bedürfnisse anerkennt. Sie sollten dabei die Wünsche von Individuen und sozialen Gruppen nach einem gesünderen Leben aufgreifen und unterstützen sowie Möglichkeiten der besseren Koordination zwischen dem Gesundheitssektor und anderen sozialen, politischen, ökonomischen Kräften eröffnen.

Eine solche Neuorientierung von Gesundheitsdiensten erfordert zugleich eine stärkere Aufmerksamkeit für gesundheitsbezogene Forschung wie auch für die notwendigen Veränderungen in der beruflichen Aus- und Weiterbildung. Ziel dieser

Bemühungen soll ein Wandel der Einstellungen und der Organisationsformen sein, die eine Orientierung auf die Bedürfnisse des Menschen als ganzheitliche Persönlichkeit ermöglichen.“ (WHO/Europa 1986)

Dieser Hauptaktionsbereich schloss an die Alma-Ata Erklärung der WHO aus 1978 an und es wurde Gesundheitsförderung erstmals als Aufgabe der Gesundheitsversorgung definiert.

Im Jahr 2008 hat die WHO diesen Ansatz neu aufgegriffen. Im World Health Report 2008 (WHO 2008) mit dem Titel “Primary Health Care now more than ever” wird beschrieben, wie primary care die Bereiche Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration und Pflege auf sichere und effektive Weise zusammenbringen kann an der Schnittstelle zwischen Bevölkerung und Gesundheitssystem. Primary Health Care wird dabei definiert als

Bozorgmehr, Schubert und Razum leiten aus diesem Bericht (und dem alternativen Weltgesundheitsbericht „Global Health Watch 2“, der ebenfalls 2008 erschienen ist), den Handlungsbedarf für Deutschland ab und fordern, dass Politik, Wissenschaft und Zivilgesellschaft eine stärkere Rolle bei der Umsetzung einer umfassenden Primary-Health-Care-Strategie einnehmen. (Bozorgmehr et al. 2010)

Dietscher, Krajic und Pelikan sehen Gesundheitsförderung als Reform-, Neuorientierungs- und Qualitätsstrategie von Gesundheitseinrichtungen, mit dem Ziel „durch eine gesundheitsförderliche Weiterentwicklung der klinisch-pflegerischen Kernaufgaben und der zur Leistungserbringung erforderlichen Strukturen und Prozesse den Gesundheitsgewinn von PatientInnen, MitarbeiterInnen und der regionalen Bevölkerung zu verbessern“ und zusätzlich spezifische gesundheitsfördernde und primärpräventive Leistungsangebote zu etablieren, um so die Public Health-Orientierung von Gesundheitseinrichtungen auszubauen. (Dietscher et al. 2008, S. 17).

Zum Status quo einer Patienten-orientierten Gesundheitsförderung in der Allgemeinmedizin konstatieren Krajic u.a. in einer Cross Analysis der Länder Österreich, Belgien, Deutschland, Griechenland, Irland, Luxemburg und Spanien im

Rahmen eines EU-Projektes: „health promotion in general practice is both an important part of the professional understanding and an element in daily practice. ... Generally, health promotion is understood as an umbrella concept and primarily carried out in individually oriented interventions within the consultation. Nevertheless, the extent to which individual general practitioners are involved in health promotion varies.” (Krajic et al. 2001, S. 8).

Für Österreich wird in dieser Studie festgestellt, dass general practitioners hierzulande individuelle Vorsorgeleistungen wie Vorsorgeuntersuchungen für Erwachsene und Kinder, Krebscreening und spezifische Krankheitsorientierte Programme (Diabetes, Bluthochdruck) anbieten und in einem gewissen Umfang auch in Methadon-Behandlungsprogramme, Kinderimpfungen und Frauengesundheits-Angebote eingebunden sind (Krajic et al. 2001).

Abholz versteht unter Hausärztlicher Prävention „eine Prävention mittels individualisierter Gesundheitsberatung und Behandlung im Sinne der Sekundär- und Primärprävention sowie der Gesundheitsförderung. Individualisierter (sic) Prävention nutzt einerseits die Schwächen/Risiken und andererseits die Stärken (salutogene Potenzen) des Patienten. Zudem wird die Kontinuität und Breite der Zuständigkeit einer Hausarztpraxis und die meist gewachsene stabile Arzt-Patienten-Beziehung eingesetzt, um bei ‚günstigen Gelegenheiten‘ sowie ausreichender Motivation auf Seiten des Patienten präventiv tätig zu werden. Eine Besonderheit stellt die Quartiärprävention dar, die eine Verhinderung von Überversorgung unter Nutzung der sehr individuellen Gegebenheiten auf Seiten des Patienten beinhaltet.“ (Abholz 2006, S.55).

Diese spezifische hausärztliche Prävention unterscheidet Abholz von Prävention *in* der Hausarztpraxis, welche die Bereiche Impfungen, Früherkennungsuntersuchungen, Gesundheitsberatung/Diätberatung, Sekundärprävention bei Risiko-Erkrankungen (z.B. Hyperlipidämie) bzw. zur Verhinderung von Folgeerkrankungen bei einer schon bestehenden Erkrankung (z.B. Zustand nach Schlaganfall) und Präventionsbeteiligung in Präventionsprojekten der Gemeinde umfasst (Abholz 2006, S. 54).

Die spezifische hausärztliche Prävention enthält demgegenüber „das regelmäßige, immer wieder neue oder bestehende Krankheits- oder Gesundheitssituationen eines Patienten nutzende ‚präventive Gespräch‘, es sind - von Patient zu Patient anders ausfallende – Unterstützungen bei Veränderungen der Lebensführung. Es ist auch der Ansatz, den man mit ‚Nutzung salutogener Potenzen des Patienten‘ beschreiben kann. Und es ist die individualisierte, auf den einzelnen Patienten zielende Nutzung von Schwächen und medizinischen Risiken sowie Ängsten des Patienten, um präventiven Einfluss zu nehmen oder mit dem Patienten zu einer präventiven Zielsetzung zu kommen.“(Abholz 2006, S. 58).

Zum Thema Prävention und Gesundheitsförderung in der Medizin, sieht Haisch (Haisch 2006) eine beteiligende Rolle von Hausärzten bei der Herstellung gesunder Lebenswelten in Kindergärten, während für das Setting Betriebe die Arbeitsmedizin in Betracht käme. Er verweist auch auf die Psychotherapie, welche sich mit der Veränderung krank machender individueller Lebenswelten insgesamt beschäftigt, bislang aber wenig Berücksichtigung finde. Die Hausärzte werden in dieser Sichtweise als Fachvertreter der Medizin gesehen, welche eine bio-psycho-sozio-ökologische Herangehensweise haben und die Lebenswelten bei Prävention und Gesundheitsförderung berücksichtigen. Dazu inwieweit eine bio-psycho-sozio-ökologische Herangehensweise tatsächlich in der Realität gegeben ist, soll die vorliegende Arbeit Erkenntnisse bringen. Zur präventiven und gesundheitsfördernden Kompetenz eines Faches führen Haisch et al auch aus, diese „muss empirisch nachgewiesen werden und darf nicht nur ‚behauptet‘ werden.“ (Haisch 2006, S. 15).

Als etablierte Präventionsprogramme (Haisch 2004) gelten die Mutterschaftsvorsorge, Untersuchungen im Säuglings- und Kleinkindalter, um Stoffwechselerkrankungen, angeborene Leiden, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen, Auffälligkeiten von Sinnesorganen, Skelett, Nervensystem, Sprachentwicklung und sozialer Entwicklung früh zu erkennen. Haisch (2004) führt darüber hinaus noch Prävention im Kindes- und Jugendlichenalter an, mit dem Schwerpunkt auf Rauchen und Essstörungen sowie Prävention im Alter betreffend Krankheiten des Kreislaufsystems, des Skeletts, des Endokrins und der Atmungsorgane sowie psychischen Störungen.

In der – österreichischen – Praxis spielen die Prävention im Jugendalter und die Prävention im Alter eine geringere Rolle als etwa Mutterschaftsvorsorge und Untersuchungen im Säuglings- und Kleinkindalter, für welche eine bessere Abdeckung der Zielgruppe vermutet werden kann. Die Mutterschaftsvorsorge wird allerdings zum überwiegenden Anteil von Gynäkologen gemacht, die Säuglings- und Kleinkindbetreuung hat sich stark zu Kinderärzten verlagert.

Die von Haisch (2004) beschriebenen inhaltlichen Programme der Prävention zur frühzeitigen Identifizierung der Risikobevölkerung, wie Gesundheitsuntersuchung auf Herz-, Kreislauf-, Nieren- und Zuckerkrankheit sowie die Krebsfrüherkennung sind auch in der österreichischen Allgemeinmedizin etabliert.

Die Krebsfrüherkennung teilt sich in Österreich auf verschiedene Fachgruppen auf (z.B. Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Urologie, Innere Medizin, u.a.) und es ist eine Entwicklung in Richtung Konzentration von Screening-Maßnahmen auf spezialisierte Zentren (z.B. Mamma-Screening) zu beobachten.

Impfungen zur Verhinderung von Infektionskrankheiten werden hauptsächlich von Allgemeinmedizinern und von Kinderärzten durchgeführt (in geringerer Zahl auch von anderen Fachärzten). Zur Durchführung von Kinderimpfungen gibt es seit Jahren ein österreichweites Kinder-Impf-Programm, das ohne Zuzahlung des Patienten auskommt und dessen Kosten sich Bund, Länder und Sozialversicherung teilen.

Wenn es um die konkrete Verwirklichung von medizinischer Prävention und Gesundheitsförderung in Arztpraxen geht, ist die Gesundheitsberatung das dominante Thema, welche in erster Linie auf das gesundheitsbezogene Verhalten des Einzelnen abstellt. Als zentrale Methode gilt das themenzentrierte Einzelgespräch zwischen Arzt und Patient. Von Troschke geht von einer durchschnittlichen Dauer von zirka 15 Minuten aus, wobei mehrere solche Gespräche über einen längeren Zeitraum hinweg stattfinden sollten. (v. Troschke 2006). Folgende Phasen ärztlicher Gesundheitsberatung werden unterschieden:

„1. anamnestische Erhebung des bisherigen Gesundheitsverhaltens sowie Berücksichtigung aller möglichen Risikofaktoren und Protektivfaktoren,

2. Erarbeitung der Motive und Gründe für diese Verhaltensweisen (u.a. unter Verwendung von schriftlichen Unterlagen zur systematischen Verhaltensdokumentation im Sinne der Verhaltenstherapie),
3. Herbeiführung einer definitiven Entscheidung des Patienten für oder gegen den Versuch der Verhaltensänderung in Kooperation mit dem Arzt,
4. Erarbeitung eines individuellen Plans zur Verhaltensänderung und
5. Durchführung des Plans, Unterstützung und positive Verstärkung.“ (v. Troschke 2006, S. 203).

Wichtig ist die Freiwilligkeit des Patienten zur Teilnahme und auch die Möglichkeit, abubrechen „ohne damit negative Sanktionen vonseiten des Arztes befürchten zu müssen“. (v. Troschke 2006, S. 203).

Gruppengespräche und Informationsmaterial werden als wichtige Unterstützung der Gesundheitsberatung gesehen, um letztendlich „gemeinsam mit dem Patienten 'maßgeschneiderte' Konzepte zu entwickeln, wie er Krankheitsrisiken vermeiden und Gesundheitschancen besser nutzen kann als bisher.“ (v. Troschke 2006, S. 203).

Was die Effekte ärztlicher Gesundheitsberatung (allein) und auch von Aufklärungsmaßnahmen betrifft, sind die vorliegenden Studienergebnisse ernüchternd. „Die im Rahmen eines Gesundheits-Check-Ups diagnostizierten Gesundheitsrisiken verändern sich durch anschließende allgemeinärztliche Gesundheitsberatungen wenig und vor allem wenig dauerhaft“ (Haisch 2004, S. 195). Auch das „Überzeugungsmodell“ (Leppin 2001), wonach der über gesundheitliche Risiken aufgeklärte Patient die Risiken versteht und sich demnach weniger riskant verhält, reicht nicht aus, um Verhaltensänderungen zu erzielen (Haisch 2004).

Als neuere Ansätze der allgemeinmedizinischen Prävention und Gesundheitsförderung werden die Kooperation mit Psychotherapeuten, die Kooperation mit Selbsthilfegruppen und mit Pflegenden sowie betreffend die Klärung arbeitsplatzspezifischer Erkrankungsfaktoren mit Betriebsärzten diskutiert (Haisch 2004). Aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht ist an diesen Ansätzen unbefriedigend, dass sie allesamt krankheits- und risikofaktorenorientiert sind.

Aus diesem Grund wird die Kooperation mit Gesundheitswissenschaftlern sowie eine verstärkte Gesundheitsdiagnostik und damit eine Umorientierung auf ein „Ressourcenmodell“ (Haisch, 2004, S. 199) vorgeschlagen.

Bahrs et al geben in ihrem an praktisch tätige Ärzte gerichteten Werk fünf Empfehlungen für die Verwirklichung einer patientenzentrierte Humanmedizin (Bahrs et al. 2006). Auch wenn hinter diesen Überlegungen sehr stark das – viel diskutierte – deutsche Modell der 2001 eingeführten Grundversorgung steht, erscheinen diese Empfehlungen und vor allem die dahinter stehenden Ideen grundsätzlich auf Österreich übertragbar. Die erste Empfehlung bezieht sich auf die praktische Umsetzung der hausärztlichen Grundversorgung, womit die Aufgabenverteilung zwischen Haus- und Fachärzten gemeint ist, verstanden als Aufwertung der hausärztlichen Tätigkeit im Sinne einer Lotsenfunktion im Gesundheitswesen. Krankheitsorientierung durch Patientenzentrierung ergänzen, lautet die zweite Empfehlung, was sich auf Anamnese, Diagnostik und Therapie auswirkt: „Therapeutisch wird sich künftig der Schwerpunkt von ‚Verordnungen‘ zu individueller Motivierung und Anleitung verlagern“ (Bahrs et al. 2006, S. 6). Die praktische Umsetzung des salutogenen Ressourcenkonzeptes als Empfehlung drei rät zur Mobilisierung patienteneigener Ressourcen durch Anleitung zur Selbsthilfe, zur Krankheitsvorbeugung, zu regelmäßigen gesundheitsfördernden Maßnahmen und zum Einsatz der patienteneigenen salutogenen Ressourcen sowie zum Einsatz des sozialen Netzes. Im Rahmen der bewussten Ausübung der vielfältigen Integrationsfunktionen des Hausarztes (Empfehlung vier) ist die Kompetenz des Hausarztes zum vernetzten Denken angesprochen. Dies bezieht sich sowohl auf die integrierte Berücksichtigung aller Informationen (auch aus der Lebenssituation) und Befunde zur Lösung eines gesundheitlichen Problems als auch die (Re-)Integration des Kranken in Familie und Gesellschaft. Die Empfehlung fünf schließlich versteht den Hausarzt als Koordinator eines Behandlungsteams, der auch Kommunikations- und Informationsdrehscheibe für sich unter Umständen auch ändernde Therapieziele und den Ressourceneinsatz ist. Dabei kommt es auf eine klare Abgrenzung der Zuständigkeiten und Kompetenzen im breiten Arbeitsfeld der Medizin an. Der Facharzt besitzt in seinem Fach sehr weitgehende Kompetenzen, er darf jedoch die Grenzen seines Gebietes nicht überschreiten. In der folgenden Abbildung ist die fachärztliche Kompetenz daher vertikal dargestellt. Beim Hausarzt hingegen ist die

Kompetenz horizontal potentiell unbegrenzt. „Er ist der Arzt, an den sich jeder Patient mit jedem gesundheitlichen Problem wenden kann und der die Erstentscheidung über die Art der Weiterbehandlung fällt.“ (Bahrs et al. 2006) In vertikaler Richtung ist die Kompetenz des Hausarztes jedoch begrenzt. Wie die folgende Abbildung zeigt, ist die Abgrenzung zwischen Haus- und fachärztlicher Kompetenz derzeit nicht scharf.

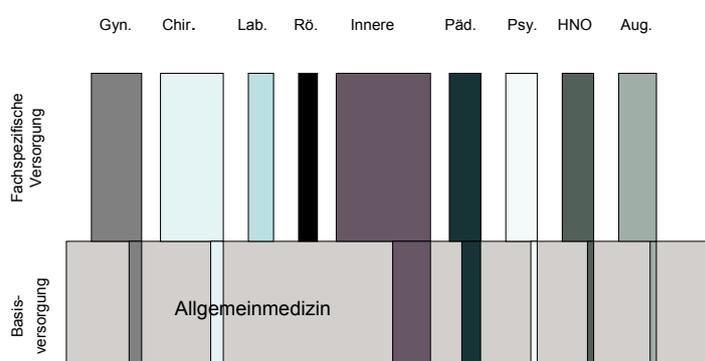


Abb. 13: Horizontale und vertikale Kompetenz

Quelle: vereinfachte Darstellung nach Bahrs, 2006, S. 11

Insgesamt sind sich die Autoren durchaus bewusst, dass die aktuelle Praxis deutlich von diesen Vorstellungen abweicht: „Unser Entwurf ist daher als konkrete Utopie zu lesen, der eine regulative Idee zum Ausdruck bringt, an dem sich hausärztliches Handeln orientiert hat und von dem es sich künftig noch mehr leiten lassen sollte. Der Anspruch mag hoch erscheinen und ist auch sicher nicht sofort umsetzbar. Wir möchten aber Ihre Bereitschaft zum Wandel fördern.“ (Bahrs et al. 2006, S. 4).

Mit dieser Lücke zwischen Theorie und Praxis ist nicht nur dieses Werk konfrontiert; es stellt sich generell die Frage, welche und wie viel von den Funktionen der Allgemeinmedizin (Kruse 1995) in der Versorgungswirklichkeit zu finden sind und aus welchen Gründen. Die vorliegende Arbeit soll einen Beitrag zu einer Antwort darauf liefern.

4.3 Wirkungsbereich des Hausarztes

Mit den beschriebenen hausärztlichen Funktionen verbunden sind weit reichende Entscheidungen für den Einzelnen, aber auch für das Gesundheitssystem insgesamt.

Neben der eigenen primärärztlichen Tätigkeit, steuert der Hausarzt als vielfach erste Anlaufstelle im Gesundheitswesen in einem gewissen Ausmaß die Patientenströme (Hofmarcher, Rack 2006). Er steuert weiters den Bereich der so genannten Folgekosten. Dabei handelt es sich um Leistungen der Krankenversicherung, welche nur über ärztliche Verschreibung bezogen werden können (Medikamente, Heilbehelfe, Hilfsmittel, freiberufliche Logopäden, Physio-, Ergo-, Psychotherapeuten usw.). Der Hausarzt ist für das Versorgungssystem also nicht nur hinsichtlich seiner eigenen Tätigkeit von Interesse sondern auch was die von ihm veranlassten weiteren Untersuchungen und Verordnungen von Medikamenten oder Heilbehelfen und Hilfsmitteln betrifft. Die oberösterreichische Gebietskrankenkasse betreibt seit 1996 ein gemeinsam mit dem SAS-Institute entwickeltes Informationssystem namens FOKO. FOKO leitet sich vom Terminus ärztliche Eigen- und Folgekostenanalyse ab. Mittlerweile setzen 12 weitere Sozialversicherungsträger in Österreich das EDV-Standardprodukt ein (Hagleitner 2005). Basierend auf den Abrechnungsdaten mit der Krankenversicherung wird dargestellt, welche eigenen Leistungen und Folgeleistungen ein Arzt für welche Patienten erbringt oder verordnet. So wird es Ärzten und Krankenversicherung ermöglicht, das Versorgungsgeschehen zu reflektieren und aus Quervergleichen zu lernen.

Über das optimale Ausmaß der Versorgungssteuerung durch Hausärzte gibt es eine rege Diskussion und vielfältige internationale Beispiele, jedoch bislang kein eindeutig präferiertes Modell, da jede Ausgestaltung eines Hausarztsystems spezifische Vor-, aber eben auch Nachteile mit sich bringt, welche ihrerseits nicht zuletzt auch von der Ausgangssituation im jeweiligen Land abhängen.

In aller Regel ist es auch der Hausarzt, welcher im Rahmen der sozialen Integrationsfunktion über das Vorliegen von Arbeitsfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit entscheidet. Er befindet sich damit in einer auch gesellschaftlich zentralen Rolle, denn mit dieser Entscheidung geht ein legitimer Wechsel des Patienten in die gesellschaftlich akzeptierte Krankenrolle einher. Durch das Phänomen, dass

„Mitarbeiter oft trotz Krankheit auf eine Krankschreibung verzichten, wird zunehmend auch Krankheit bei der Arbeit ein Thema“.(Steinke, Badura 2011, S. 247). In einer Literaturstudie im Auftrag der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) in Deutschland, in deren Rahmen 285 Arbeiten ausgewertet wurden, haben Steinke und Badura die Thematik des Präsentismus untersucht. Ein Ergebnis daraus ist, dass von 27,16 verlorenen Arbeitstagen 4,77 Tage auf Absentismus, jedoch 22,39 Tage auf Präsentismus zurückzuführen sind. Präsentismus liegt (nach europäischer Auffassung) vor, wenn Menschen krank zur Arbeit gehen.(Steinke, Badura 2011)

Die Koordinierungsfunktion dürfte angesichts gesellschaftlicher Veränderungen (Wegfall von Mehrgenerationen-Haushalten, steigende Erwerbsbeteiligung der Frauen, Zunahme atypischer Beschäftigungsverhältnisse usw.) parallel mit der Zunahme der Lebenserwartung steigen, da vermehrt auch die Versorgung im sozialen Bereich (Verrichtungen des täglichen Lebens) zu koordinieren ist.

Alle Funktionen – speziell jedoch die haus- und familienärztliche und die Gesundheitsbildungsfunktion - des Arztes für Allgemeinmedizin bieten Anknüpfungspunkte für ein erweitertes Interventionsverständnis, bei dem die Leitfrage nicht mehr nur heißt: Was macht krank? sondern auch und vor allem: was erhält gesund? Rosenbrock und Gerlinger stellen die Richtungen, in welche sich herkömmliche Prävention entwickeln soll, wie folgt dar:

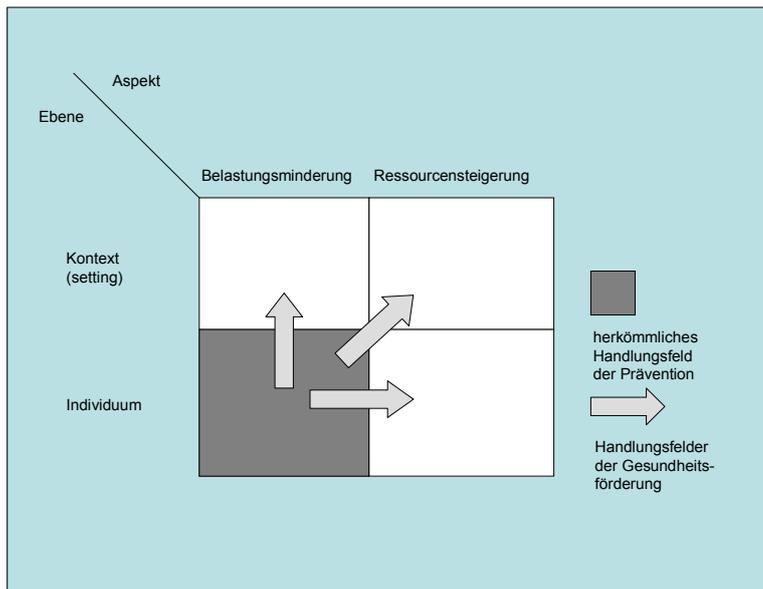


Abb. 14: Gesundheitsinterventionen
(in Prävention, Kuration, Pflege und Rehabilitation)
Quelle: Rosenbrock, Gerlinger (2006), S. 63

Dies wirkt sich in weiterer Folge unter anderem auch auf Häufigkeit und Umfang ärztlicher Diagnostik im Verhältnis etwa zu Arzt-Patienten-Gespräch aus. An jedem Punkt auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, bei dem nicht der Extrempol völliger Krankheit erreicht ist, sind Möglichkeiten der Ressourcen-Stärkung gegeben. An die Stelle (bzw. an die Seite) der Pathogenese kann so die Salutogenese treten.

Mit einem gesundheitswissenschaftlichen Interventionsverständnis verlässt man allerdings den Bereich der Medizin im engeren Sinn. Auch das Gebiet der Sozialmedizin, welches Erkenntnisse aus verschiedenen Wissenschaftsdisziplinen, wie der Epidemiologie, der medizinischen Soziologie, der Organisations- und Verwaltungswissenschaften, der Gesundheitsökonomie umfasst (Siegrist 1995), vermag nicht die gesamte Dimension zu umfassen, da die Medizin das Individuum betrachtet, während die Gesundheitswissenschaften/Public Health stets ganze Populationen in den Blick nehmen. „Medizinische bzw. Gesundheits-Soziologie ist damit jedoch lediglich eine Teildisziplin eines umfassenderen Verbundes von Gesundheitswissenschaften.“ (Siegrist 1995, S. 5). Es stellt sich daher die Frage, für welche Interventionen (Haus-)ärzte und für welche Interventionen Andere berufen sind.

Es gibt Stimmen, die feststellen, dass es dem niedergelassenen Arzt trotz absoluter Bindung an die kurativ-apparative Medizin und fehlender spezieller Ausbildungsvoraussetzungen keine grundsätzlichen Schwierigkeiten zu bereiten scheint, den beiden Säulen seiner bisherigen Haupttätigkeit auf der Krankheitsebene, Diagnose und Therapie, auf der Gesundheitsebene nunmehr noch eine weitere Säule, die Frühprävention voranzustellen. Eine stärkere Berücksichtigung von Ausbildungsinhalten, welche auf den Umgang mit chronischen Krankheitsverläufen, die Betreuung älterer und multimorbider Menschen und die Entscheidungsfindung bei unklaren Befindlichkeitsstörungen vorbereiten, halten jedoch viele bereits im Rahmen der primären Ausbildung zum Mediziner für angezeigt – auch (oder gerade weil) die allgemeinmedizinische Bildung ein „beinahe lebenslanger Prozess ist, der mit dem Medizinstudium beginnt, postpromotionell mit der Turnusausbildung (...) fortgesetzt wird und nach der Niederlassung als Wahl- oder Kassenarzt bis zur Pensionierung andauert“ (Sprenger 2009, S. 17), soll die allgemeinmedizinische Bildung um neue Inhalte erweitert werden. Zwar wurde mit der Studienreform 2002 an den österreichischen medizinischen Universitäten die Vermittlung psychosozialer Inhalte und sozialer Kompetenzen zum fixen Ausbildungsbestandteil, jedoch „dominieren die Spezialisten die im Schatten stehenden Allgemeinmediziner“. (Sprenger 2009, S. 32).

Auch Amelung sieht deutlich den Bedarf, in der Ausbildung von Ärzten auf eine etwaige neue Ausrichtung in Richtung Hausarztmodelle zu reagieren: „Für alle gilt die gleiche Einschränkung, dass sie von der heutigen medizinischen Ausbildung her – dies gilt sowohl für die USA als auch für Deutschland – nicht über die für das Gatekeeping erforderlichen Management-Fähigkeiten verfügen und somit Weiterbildungen für diese Aufgabenfelder zwingend notwendig sind“ (Amelung 2007, S. 172).

Der Arzt – und hier im Besonderen der Arzt für Allgemeinmedizin – ist im Gesundheitswesen sowohl in einer die Leistungsansprüche definierenden Funktion (zum Beispiel mit dem Stellen der Diagnose) als auch in einer steuernden Funktion (zum Beispiel Überweisung, Verordnungstätigkeit) tätig. Er sieht sich einer Reihe von Rollenanforderungen gegenüber, die mitunter auch widersprüchlich sind. So sind

etwa die Regeln der Medizin, die Erwartungen der Patienten, Kostenfragen, Rechtsvorschriften und auch der eigene wirtschaftliche Erfolg bei den ärztlichen Handlungen zu berücksichtigen. (Schwartz, Klein-Lange 2003)

Haisch (2004) stellt fest: „Allgemeinmedizin stellt die Grundlage aller primärärztlichen Versorgung dar. Ein nicht ausgesuchtes Patientenkollektiv wird bei akuten wie chronischen Krankheiten von der Geburt bis zum Tode begleitet“. (Haisch 2004), S 193.

Auch die hausärztliche Tätigkeit unterliegt einem Wandel. Ihren Leitanspruch in der Krankenversorgung gründete die Medizin auf das naturwissenschaftlich-technische Paradigma. „Die Auslieferung an die Naturwissenschaft zwang die deutsche (Anm.: und wohl auch die österreichische) Medizin in die Richtung der technisch-instrumentellen **Kuration** (Anm.: Hervorhebung im Original) von Krankheit. Prävention und Gesundheitsschutz wurden als medizinisches Sonderrüstzeug an den äußersten Rand des Gesundheitswesens abgedrängt (Impfungen, Gesundheitsamt).“ (Heinzelmann 1998, S. 14).

Mit der zunehmenden Spezialisierung der Medizin ging ein Bedeutungsverlust des Hausarztes einher. Diesem Bedeutungsverlust wird zunehmend ein neues Leitbild gegenübergestellt, das in der Stärkung der Hausarztfunktion einen Schlüssel für die Verbesserung der Versorgungsqualität sieht. Der Hausarzt soll demnach

- „mit seinem breiten, auf das Allgemeine spezialisierte Wissen auf der Grundlage einer gewissen Vertrautheit mit der Biographie und den sozialen und lebensweltlichen Bezügen des Patienten den Großteil der in einer Bevölkerung auftretenden Gesundheitsprobleme auf der geeigneten Interventionsstufe lösen (helfen). Typisch gerade für hausärztliche Tätigkeit soll eine ‚ganzheitliche‘ Perspektive sein und gerade nicht der vorschnelle Einsatz medizinisch-technischer und pharmakologischer Behandlungsinstrumente.
- diejenige Instanz sein, die den Patienten durch die Institutionen des Versorgungssystems geleitet, Informationen über Diagnosen und Therapien sammelt, sie zu einem Gesamtbild integriert und die Behandlung des Patienten koordiniert. ...

- Die Kenntnis des Patienten und seines sozialen Umfeldes sollte den Hausarzt weit eher als den Spezialisten in die Lage versetzen, auf die Kontextbedingungen der Krankheitsentstehung und –bewältigung einzugehen und somit die Gesundheitsressourcen des Patienten zu erkennen und zu mobilisieren.“ (Rosenbrock, Gerlinger 2004, S. 109).

Bereits Ende der achtziger, Anfang der neunziger Jahre trat der (deutsche) Sachverständigenrat für die Entwicklung im Gesundheitswesen für eine Stärkung der Rolle des Primärarztes ein, welcher die gesundheitliche Versorgung seiner Patienten umfassend koordinieren und dafür ein Kopfpauschale erhalten sollte. Eine Verpflichtung zur Teilnahme an einem Hausarztmodell wurde jedoch weder für Ärzte noch für Patienten vorgeschlagen, sondern als Anreiz für den Verzicht auf die freie Arztwahl sollten Beitragsabschläge dienen. (Sachverständigenrat 1988, 1989 und 1992). Die Erfahrungen verschiedener Länder mit Hausarztmodellen sind sehr unterschiedlich und das Übertragen eines Modelles von einem auf ein anderes Land ist nicht ohne weiteres möglich, da unterschiedliche Ausgangsbedingungen zu berücksichtigen sind.

4.4 Ausgangslage in (Ober-)Österreich

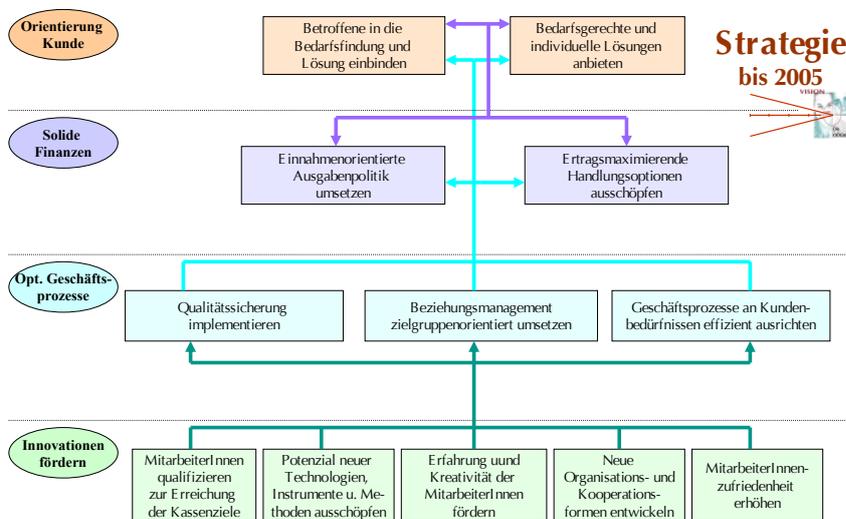
Gemäß dem neuen Hausarztmodell, das die Bundeskurie Niedergelassene Ärzte bei der Vollversammlung im Juni 2010 beschlossen hat, sollen Hausärzte künftig als „Gesundheitskoordinatoren“ ihrer Patienten tätig sein und so Qualitätsverbesserungen für Patienten, wirtschaftliche Vorteile für das Gesundheitssystem und eine verstärkte Vorsorge erreichen (Mayrhofer 15.08.2010).

Public Health und Gesundheitsorientierung nehmen einen steigenden Stellenwert in den Institutionen des Gesundheitswesens ein - nicht nur in der Programmatik sondern auch in Gestalt sehr konkreter Maßnahmen und Projekte.

Eine Besonderheit von Oberösterreich auch innerhalb Österreichs ist es, dass die Gesamtvertragsparteien Ärztekammer für OÖ und OÖ Gebietskrankenkasse seit Jahren einen kooperativen Weg anstelle von Konfrontationsstrategien verfolgen. Konkreten Ausdruck findet dieser Weg seit 2005 auch in einer so genannten

Kooperations-Balanced-Score-Card. Das Konzept der Balanced Score Card (BSC) geht zurück auf Kaplan und Norton (Kaplan, Norton 1996). Es handelt sich um ein Managementsystem, das breite Resonanz in Literatur und Praxis fand, und dessen Verdienst in der Verbindung zwischen Strategiefindung und –umsetzung liegt. Weiters reagierte das Konzept auf die vorherrschende Kritik, dass Kennzahlensysteme in erster Linie die Finanzperspektive beleuchten. In der Balanced Scorecard sind die finanzielle Perspektive, die Kundenperspektive, die interne Prozessperspektive und die Lern- und Wachstumsperspektive dergestalt miteinander verbunden, dass vorlaufende Indikatoren und Leistungstreiber genauso mittels Kennzahlen dargestellt werden wie Ergebniskennzahlen (Weber 2011).

Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse hat 1999 mit der Einführung der Balanced Scorecard begonnen und entwickelt seither sowohl die mehrjährige Strategie als auch die Jahresstrategie, den so genannten Erfolgsplan® mit Hilfe dieses Instrumentes (Wesenauer 2008). Wie die konkrete Umsetzung Gestalt annimmt, zeigt das Beispiel der Strategie bis 2005:



we

Abb. 15: Strategie der OÖGKK in Form der Strategy-Map
Quelle: Wesenauer (2008), S. 205

Auch die Kooperations-Balanced-Scorecard zwischen Ärztekammer und Gebietskrankenkasse enthält sowohl monetäre als auch nicht-monetäre Ziele: „Dass sich trotz oft unterschiedlicher Interessen gemeinsame Ziele finden lassen, zeigen

die OÖ GKK und die Ärztekammer für OÖ: Sie arbeiten bereits seit 2005 mit einer gemeinsamen Balanced Score Card – mit Erfolg“ (Sametinger 2011, S. 12).

In diese gemeinsame Strategie- und Zielvorstellung fand auch die Idee der Gesundheitsförderung bereits Eingang:

„Aber die Idee ist sicherlich die, und wird von uns auch schon, wird wahrscheinlich auch in die nächste Ärztekammer-BSC in irgendeiner Weise eingebaut werden, dass man auch die Gesundheitsförderungsthematik durchaus mitdenkt bei den Ärzten, wobei man verhindern muss, dass dann alles auf der individuellen Schiene rennt, weil das extrem teuer wird und der Hebel vielleicht nicht der ist, den man über andere Settings zum Beispiel erreicht.“ (GKK2, 112)

Auch in der wissenschaftlichen Fachwelt wird die hausärztliche Rolle bereits neu interpretiert: „In der Praxis der Zukunft ist der Hausarzt kein Einzelkämpfer mehr, sondern ein Teamplayer, ein Koordinator, der zusammen mit medizinischen Fachangestellten und vielleicht auch Pflegekräften die Grundversorgung der Bevölkerung populationsbezogen organisiert“ (Gerlach 2011, S.29). Gleichzeitig bemängelt Gerlach, dass Prävention als Aufgabe nicht ausreichend definiert ist.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, welche Funktionen in der hausärztlichen Praxis verstärkt werden sollen – und im Sinne des Public Health Prinzips „think upstream“ sowie angesichts der Entwicklung des Krankheitsspektrums scheint ein Ansatz in Richtung von (neu) Gesundheitsförderung und (mehr) Prävention verfolgenswert.

5. „Empirische Forschung ist Handeln nach bestimmten Regeln“ - Methodenkapitel

„Empirische Forschung ist Handeln nach bestimmten Regeln“.(Mayer 2002). In diesem Kapitel wird die methodische Vorgangsweise bei der vorliegenden Forschungsarbeit dargestellt und die dabei getroffenen Entscheidungen werden explizit ausgeführt.

Im Mittelpunkt des Forschungsinteresses stehen die bei oberösterreichischen Hausärzten vorzufindenden subjektiven Gesundheitsvorstellungen und ihr subjektives Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention. Das

Erkenntnisinteresse zielt auf subjektive Deutungsmuster, weshalb ein qualitatives Forschungsdesign am besten zur Beantwortung der Forschungsfragestellung geeignet ist, da solche Deutungsmuster am besten aus narrativen Erzählungen herauskristallisiert werden können. Eine quasi Vorwegnahme von Deutungsmustern, wie dies quantifizierende Verfahren durch Skalierung erfordern würden, erscheint demgegenüber nicht zweckmäßig. Es geht auch nicht darum, repräsentative Ergebnisse zu erzielen, sondern um eine inhaltliche Bestandsaufnahme. Im Unterschied zur quantitativen steht bei der qualitativen Forschung nicht die statistische Repräsentativität im Vordergrund, sondern die Relevanz der untersuchten Subjekte für das Thema, die inhaltliche Repräsentation (Flick, 2010).

Die Annäherung an das Feld und die zu untersuchenden Phänomene erfordert sensibilisierende Konzepte und Vorannahmen, welche dabei helfen aus der Fülle an Informationen jene herauszukristallisieren, welche für das Forschungsvorhaben relevant sind. Daraus werden jedoch nicht, wie im linearen Modell, vorab Hypothesen gebildet um via Operationalisierung und Stichprobe zur Datenerhebung und Auswertung zu schreiten, sondern die theoretischen Vorannahmen werden „als vorläufige Versionen des Verständnisses und der Sichtweise auf den untersuchten Gegenstand relevant, die im Lauf des Forschungsprozesses reformuliert und vor allem weiter ausformuliert werden.“(Flick 2010, S. 128).

Von den verschiedenen Möglichkeiten der Erhebung verbaler Daten (Flick 1996), erscheint das Experteninterview als die geeignetste Form, weil damit der beste Mix aus Offenheit gegenüber dem untersuchten Gegenstand sowie den Interviewpartnern und notwendiger Strukturierung der Datenerhebung hergestellt werden kann. Rein narrative Interviews erscheinen demgegenüber zu unstrukturiert und es wäre wohl schwierig, anhand einer einzigen, umfassenden Erzählaufforderung an alle interessierenden Inhalte zu gelangen – noch dazu, wo Gesundheit bzw. Gesundheitsförderung und Prävention nicht die Hauptdomäne des ärztlichen Alltags sind, sondern die Krankheit und deren Behandlung bzw. Kuration im Vordergrund stehen. Flick verweist auch auf das Problem narrativer Interviews, dass es systematisch zu Verletzungen der Rollenerwartungen der Beteiligten kommt: „einerseits der Erwartungen an die Situation ‚Interview‘, da (zumindest im Hauptteil) keine Fragen im klassischen Sinn gestellt werden; andererseits werden auch die

Erwartungen an die Situation ‚Alltagserzählung‘ nicht erfüllt, da der große Spielraum zur Erzählung, der dem Interviewten hier einseitig eingeräumt wird, im Alltag kaum einmal gegeben ist.“ (Flick 2010, S. 234). Die sehr offene Erzählsituation eines narrativen Interviews würde gerade in der Interviewsituation „Vertragspartner Arzt wird durch Mitarbeiterin des Vertragspartners Krankenkasse interviewt“ sehr wahrscheinlich zu erheblichen Irritationen führen. Auf der anderen Seite erleichtert die Konstellation „Vertragsarzt – Kassenmitarbeiterin“ die Interview-Durchführung auch, da auf Seiten der Interviewerin die für Experteninterviews geforderte Expertise vorhanden ist (Flick 2010, S. 218).

Dem Prozessverständnis gegenstandsbegründender Forschung (entgegen dem linearen Forschungsverständnis quantifizierende Sozialwissenschaften) (Flick 2010) wird durch die Anwendung des weiter unten beschriebenen Verfahrens der qualitativen Inhaltsanalyse von Gläser und Laudel (2009) Rechnung getragen.

Eine gewisse Herausforderung stellt, gerade in einem höchstpersönlichen Bereich, wie jenem von Gesundheit und Krankheit, das angemessene Berücksichtigen von Emotionen und Kognitionen dar. Für den Bereich subjektiver Krankheitstheorien stellt Faller fest: „Wenn die Erforschung subjektiver Krankheitstheorien nicht der Gefahr des Kognitivismus anheim fallen will, muß sie durch die methodische Konzeption die Möglichkeit schaffen, dass die enge und unauflösliche Verknüpfung von Emotionen und Kognitionen gegenstandsangemessen erfasst werden kann, so dass die doppelte Funktion subjektiver Theorien, der rationalen Handlungssteuerung wie auch der rationalisierenden Abwehr von Angst dienen zu können, nicht aus den Augen gerät.“(Faller 1989, S. 57). Nun hat man es bei der Erforschung subjektiver Gesundheitstheorien ganz im Gegensatz zu subjektiven Krankheitstheorien nicht mit der Emotion Angst zu tun, sehr wohl aber mit möglichen Fehlerquellen im Interview. Diekmann (Diekmann 2010) unterscheidet drei Kategorien von Fehlerquellen, nämlich Befragtenmerkmale (z.B. soziale Erwünschtheit), Fragemerkmale (z.B. Frageformulierung, Frageposition) und Merkmale des Interviewers und der Interviewsituation.

Soziale Erwünschtheit beschreibt das Phänomen, dass Befragte es unangenehm empfinden, Antworten zu geben, welche erheblich von dem abweichen, was als

„normal“ (sozial erwünscht) erscheint. Mayer definiert soziale Erwünschtheit wie folgt: „Wenn der Befragte positive bzw. negative Sanktionierungen für seine Antworten zu erhalten glaubt und diese in Richtung maximalen Beifalls verzerrt.“ (Mayer 2002)

Eine Besonderheit bei Interviewer und Interviewsituation stellt im vorliegenden Zusammenhang sicherlich die Tatsache dar, dass die Interviewerin Angestellte der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, also des Vertragspartners der interviewten Ärzte, ist. Es ist bei keiner qualitativen Forschung möglich, dass sich die Person des Forschers als „Neutrum“ in das Feld begibt, sondern der Forscher nimmt immer Rollen und Positionen ein oder bekommt diese zugewiesen, was Einfluss darauf nimmt, welche Informationen erteilt oder verwehrt werden (Flick 2010, S. 143). So nutzten die befragten Ärzte die Interviewsituation sehr wahrscheinlich auch dazu, ihrem Vertragspartner Gebietskrankenkasse Botschaften auszurichten, die sie „immer schon einmal transportieren wollten“. Im Design der Befragung wurde auf darauf Rücksicht genommen, indem Fragen nach den hemmenden und fördernden Faktoren der Praxistätigkeit an vorderer Position in den Fragebogen aufgenommen wurden. Auf diese Weise sollten die Befragten einerseits Gelegenheit bekommen, ihre Botschaften anzubringen und quasi Dampf abzulassen, sodass die Interviewsituation davon nicht mehr „belastet“ ist, andererseits war eine solche Fragesequenz für die Forschungsfrage von Relevanz, weil die Rahmenbedingungen der ärztlichen Tätigkeit klarerweise die Handlungsmöglichkeiten determinieren.

5.1 Exploration und Zugang zum Feld

Neben der Auseinandersetzung mit den empirischen Ergebnissen früherer Untersuchungen aus der Literaturrecherche diente die eigene Erfahrung der Forscherin aufgrund beinahe zwanzigjähriger Tätigkeit – davon zehn Jahre im Bereich Vertragspartner - bei der OÖ Gebietskrankenkasse als Einstieg in den Untersuchungsgegenstand. Sehr aufschlussreich waren die in der Explorationsphase durchgeführten Interviews mit je zwei institutionellen Vertretern der Ärztekammer für OÖ und der OÖ Gebietskrankenkasse. Auch mit diesen Personen wurden qualitative Experten-Interviews durchgeführt, wobei der Leitfaden jenem bereits sehr ähnlich war, der auch später bei den Interviews mit Hausärzten zum Einsatz kommen sollte. Eine Ärztin aus der Gebietskrankenkasse stellte sich weiters vorab für ein Probe-

Interview zur Verfügung, im Zuge dessen der Interview-Leitfaden einem Pretest unterzogen wurde. Nach dem Testinterview mit der Ärztin der Gebietskrankenkasse wurde eine - redundante – Frage entfernt und die Reihung der Fragen teilweise umgestellt.

„Die Einnahme oder Zuweisung einer Rolle ist als Prozess der Aushandlung zwischen dem Forscher und Beteiligten zu sehen, der verschiedene Phasen durchläuft“.(Flick 2010, S. 143). Beteiligte sind im vorliegenden Zusammenhang neben den potentiellen Interviewpartnern aus der Ärzteschaft auch die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse und die Ärztekammer für Oberösterreich als jene Institutionen, welche die Rahmenbedingungen des oberösterreichischen Ärztesystems im Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten gestalten und verantworten. Die Ärzte selber waren im Leitfaden-Interview sowohl als individuelle Personen zu ihren je eigenen subjektiven Vorstellungen als auch in ihrer beruflichen Rolle als Hausarzt angesprochen.

Die Tatsache, dass die Forscherin selber Angestellte der OÖ GKK (zum Zeitpunkt der Interviews in der Funktion einer Abteilungsleiterin) – und damit indirekt auch Beteiligte - ist, ist in mehrfacher Hinsicht von Bedeutung. Sie erleichtert den Zugang zum Feld wesentlich, da die Forscherin den institutionellen Entscheidungsträgern in Ärztekammer und Gebietskrankenkasse persönlich bekannt ist und daher eine Vertrauensbasis besteht. Diese grundsätzliche Vertrauenswürdigkeit ist mit einem von OÖGKK und Ärztekammer unterfertigten Ankündigungs- und Empfehlungsschreiben, das Forschungsvorhaben zu unterstützen, auch gegenüber den Interviewpartnern Ärzte zum Ausdruck gebracht worden (das Schreiben ist im Anhang beigefügt).

Auch bei gegebener Unterstützung der Institutionen für das Forschungsvorhaben bleibt die Frage der Erreichbarkeit der einzelnen Interviewpartner Ärzte spannend. Insgesamt erweist sich die Konstellation, dass die Forscherin als indirekt Beteiligte die Rahmenbedingungen des Systems und die Beziehungen zwischen Gebietskrankenkasse, Ärztekammer und Ärzten eingehend kennt und auf diese Weise einerseits eine Vertrautheit besteht, während andererseits die konkreten Abläufe in der Arztpraxis und die interviewten Ärzte nicht bekannt sind und daher aus

einer Außenperspektive betrachtet werden, als durchaus günstig für die Herstellung einer vertrauensvollen Gesprächsbasis und entsprechenden Offenheit.(Flick 2010, S. 152).

Für die Auswahl der Interviewpartner wurde eine Kombination von Vorab-Festlegung und Zufallsauswahl gewählt. In Betracht kamen alle Vertragsärzte der OÖGKK, welche im Juni 2010 in einem aufrechten Vertragsverhältnis mit der OÖGKK standen und nicht in einer der drei Statutarstädte Linz, Wels und Steyr ihren Ordinationssitz hatten. Der Grund für den Ausschluss dieser Städte liegt darin, dass dort auch eigene Gesundheitsdienste der städtischen Magistrate betrieben werden, was die Reichweite der hausärztlichen Tätigkeit beeinflussen kann – z.B. was den Bereich der Impfungen von Erwachsenen betrifft.

Nach Flick eignet sich dieses Vorgehen, die Sample-Struktur vorab festzulegen „vor allem für die weitere Analyse, Ausdifferenzierung und gegebenenfalls Überprüfung bereits vermuteter Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen bestimmten Gruppen“ (Flick 2010, S. 158) und erscheint daher geeigneter als das theoretische Sampling. Es sollte ja herausgefunden werden ob und wie sich Hausärzte auf dem Land in ihrem subjektiven Gesundheitsbegriff unterscheiden und nicht etwa anhand eines „besonders gesundheitswissenschaftlich Orientierten“ und eines „besonders bio-medizinisch Orientierten“ die Unterschiede zwischen gesundheitswissenschaftlich- und bio-medizinisch-orientiert analysiert werden. Einem Vorgehen wie dem zuletzt genannten steht in praktischer Hinsicht auch entgegen, dass noch keinerlei Informationen darüber vorliegen, welche konkreten Ärzte als „besonders gesundheitswissenschaftlich bzw. besonders bio-medizinisch orientiert“ gelten können.

5.2 Datenerhebung und Transkription

Für die Datenerhebung werden qualitative Interviews eingesetzt, da diese einen Zugang zu subjektiven Sichtweisen eröffnen. (Flick 2010, S. 219). „Kennzeichnend für Leitfadeninterviews ist, dass ein Leitfaden mit offen formulierten Fragen dem Interview zugrunde liegt.“(Mayer 2002). Der Leitfaden erhöht die Vergleichbarkeit der

Daten (welche als verbale Daten in Form von Text vorliegen) und gibt diesen Struktur.

Von den Typen qualitativer Interviews und hiervon wieder den Leitfaden-Interviews erscheint das Experten-Interview (Meuser, Nagel 1991) deshalb am geeignetsten, weil es am besten die Balance zwischen Nicht-Beeinflussung und Strukturierung in der Interview-Situation herzustellen vermag. Auch der Zeitfaktor spielt speziell bei Ärzten als Interviewpartner eine erhebliche Rolle und mithilfe des Leitfadens kann eine ungefähre Dauer des Interviews angesteuert werden.

Für die umfassende Rekonstruktion subjektiver Gesundheitsvorstellungen würde methodisch das halbstandardisierte Interview von Scheele und Groeben (1988) vertiefte Erkenntnisse ermöglichen. Bei diesem Verfahren werden verschiedene Typen von Fragen, nämlich offene Fragen sowie theoriegeleitete Fragen und Konfrontationsfragen eingesetzt, um subjektive Theorien des Befragten über den Untersuchungsgegenstand zu rekonstruieren. An einem zweiten Termin, ein bis zwei Wochen nach dem Interview, wird weiters die Struktur-lege-Technik angewandt, um den Befragten erneut zur Reflexion seiner Sichtweise anzuregen und so vorhandenes Wissen noch stärker und explizit freizusetzen. Gegen die Anwendung dieses Verfahrens, sprechen im vorliegenden Zusammenhang mehrere Gründe: es ist an sich schon ungewöhnlich, dass eine Krankenkassen-Angestellte ausführliche Interviews mit Vertragsärzten führt (und auf Tonband aufzeichnet); würde man dies noch mit einem für Irritationen anfälligen Verfahren machen, wie es die Struktur-lege-Technik ist, würde dies die Interview-Situation belasten – und damit die Auskunftsfreudigkeit beeinträchtigen. Weiters spricht die nicht vorhandene Erfahrung der Interviewerin mit der Methode gegen deren Einsatz, denn es wäre Aufgabe der Interviewerin, Irritationen aufzufangen, was eine gewisse Versiertheit erfordert. „Zentrales Problem bei beiden Teilen (Anm.: der Interviewdurchführung und der Struktur-lege-Technik) ist, wieweit es dem Interviewer gelingt, seinem Gegenüber das Vorgehen plausibel zu machen und die Irritationen aufzufangen, die von konfrontativen Fragen ausgelöst werden können.“(Flick 2010, S. 208). Nicht zuletzt erscheint auch fraglich, ob Ärzte zu zwei separaten Interview-Terminen bereit wären.

Das Experteninterview als besondere Form des Leitfadeninterviews ist dadurch gekennzeichnet, dass der Befragte weniger als Person (wie z.B. bei biographischen Interviews), sondern in seiner Funktion als Experte für bestimmte Handlungsfelder (hier die Hausarztpraxis) interessant ist (Mayer 2002).

Beide Interviewgruppen (sowohl jene mit den Vertretern der Institutionen Gebietskrankenkasse bzw. Ärztekammer als auch jene mit den Hausärzten) werden dem leitfadengestützten Experten-Interview zugerechnet, wenn auch mit etwas variierender Bedeutung. Nach der Definition von Deeke (1995, S. 7-8) kann man als Experten „diejenigen Personen bezeichnen, die in Hinblick auf einen interessierenden Sachverhalt als ‚Sachverständige‘ in besonderer Weise kompetent sind“ (Flick 2010, S. 214). Dies trifft auf hausärztlich tätige Ärzte mehrfach zu: einerseits sind sie Experten für hausärztliches Handeln, andererseits sind sie als Träger subjektiver Gesundheitsvorstellungen „Experten ihrer selbst“, wie das Schütze für Biographieträger genannt hat (Schütze 1983 zit. n. Flick 2010, S. 215). Bogner und Menz (2002, S. 46) geben eine klarer umrissene Definition von Experten und Expertenwissen: „Der Experte verfügt über technisches, Prozess- und Deutungswissen, das sich auf sein spezifisches professionelles oder berufliches Handlungsfeld bezieht. Insofern besteht das Expertenwissen nicht allein aus systematisiertem, reflexiv zu-gänglichem Fach- oder Sonderwissen, sondern es weist zu großen Teilen den Charakter von Praxis- oder Handlungswissen auf, in das verschiedene und durchaus disparate Handlungsmaximen und individuelle Entscheidungsregeln, kollektive Orientierungen und soziale Deutungsmuster einfließen. Das Wissen des Experten, seine Handlungsorientierungen, Relevanzen usw. weisen zudem – und das ist entscheidend – die Chance auf, in der Praxis in einem bestimmten organisationalen Funktionskontext hegemonial zu werden, d.h., der Experte besitzt die Möglichkeit zur (zumindest partiellen) Durchsetzung seiner Orientierungen. Indem das Wissen des Experten praxiswirksam wird, strukturiert es die Handlungsbedingungen anderer Akteure in seinem Aktionsfeld in relevanter Weise mit.“ (Bogner und Menz 2002, S. 46)

Sowohl Hausärzte als auch Vertreter der Institutionen Ärztekammer und Gebietskrankenkasse erfüllen diese Definition, wenn auch mit unterschiedlichem Fokus: Hausärzte strukturieren die Handlungsbedingungen anderer Akteure z.B. durch ihr Zuweisungs- und Kooperationsverhalten zu anderen Berufsgruppen;

Experten von Ärztekammer und Kasse strukturieren die Handlungsbedingungen der Hausärzte beispielsweise durch die Gestaltung der Gesamtverträge und damit der Festlegung, wofür welche Honorarbeträge fließen.

Bei der Durchführung der Interviews sind an die Interviewerin spezielle Anforderungen gestellt. Weder soll sie zu starr am Leitfaden hängen und an unangebrachter Stelle unterbrechen, noch sollen allzu ausschweifende Erzählungen des Interviewten das Datenmaterial überfrachten und die Zeit über Gebühr in Anspruch nehmen.

Der verwendete Fragebogen ist im Anhang II beigelegt. Zur Aufzeichnung der Interviews kam ein handelsübliches Diktiergerät mit Magnetbändern zum Einsatz.

Die Interviews wurden vollständig transkribiert, wobei die Transkription von zwei weiteren Personen außer der Forscherin vorgenommen wurde. Transkriptionsregeln und vor allem das nochmalige Anhören und Korrigieren jedes Interviews durch die Forscherin selbst vermochten zu gewährleisten, dass alle Interviews in gleicher Weise transkribiert wurden, egal ob die Erst-Transkription durch die Forscherin selbst oder eine andere Person erfolgte.

5.3 Datenauswertung – qualitative Inhaltsanalyse

Für die Datenauswertung kommt ein von Gläser und Laudel entwickeltes Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse zum Einsatz (Gläser, Laudel 2009).

Historisch ist die Inhaltsanalyse als eine quantifizierende Methode zur Analyse von Texten entstanden, als mit dem Aufkommen der Massenmedien Häufigkeiten des Vorkommens von Informationen in Texten untersucht wurden. Für quantifizierende Analysen muss vorweg ein geschlossenes Kategoriensystem entwickelt und der Text in Analyseeinheiten zerlegt werden. Dann wird der Text auf relevante Informationen durchsucht und die Informationen werden den Kategorien zugeordnet, was als Kodieren des Textes bezeichnet wird. Anschließend werden die Häufigkeiten des Auftretens der Kategorien ermittelt, was einen quantifizierenden Analyseschritt darstellt (Gläser, Laudel 2009, S. 197f).

Philipp Mayring hat vor nahezu 30 Jahren in Deutschland ein Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse entwickelt, dessen Anliegen es ist, „eine Methodik systematischer Interpretation zu entwickeln, die an den in jeder Inhaltsanalyse notwendig enthaltenen qualitativen Bestandteilen ansetzt, sie durch Analyseschritte und Analyseregeln systematisiert und überprüfbar macht.“(Mayring 2010, S. 48). Mayring lässt in seiner „Interpretationslehre“ bewusst auch quantitative Schritte zu, welchen er aber einen neuen Stellenwert gegenüber rein quantitativen Analysen beimisst. Im Zentrum der Analyse steht das Kategoriensystem, welches das Nachvollziehen der Analyse für andere (Intersubjektivität des Forschungsprozesses) ermöglicht. Dabei ist die Interpretation theoriegeleitet, das heißt einerseits, dass die Analyse einer theoretisch begründeten Fragestellung folgt und andererseits an die bisherige Forschung über den Gegenstand angebunden ist.(Mayring 2010, S. 57f). Die Kategorien werden „in einem Wechselverhältnis zwischen der Theorie (der Fragestellung) und dem konkreten Material entwickelt, durch Konstruktions- und Zuordnungsregeln definiert und während der Analyse überarbeitet und *rücküberprüft*“ (Mayring 2010, S. 59) (Anm.: Hervorhebungen im Original)

Folgendes allgemeines Ablaufmodell der Analyse steht dahinter:



Abb. 16: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell

Quelle: Mayring 2010, S. 60

Gläser und Laudel machen sich die Stärke des Mayringschen Verfahrens, die „in ihrem systematischen, regelgeleiteten Vorgehen, mit dem auch große Materialmengen bearbeitet werden können“ (Mayring 2010, S. 124) liegt, zu Nutze und entwickeln darauf aufbauend ein eigenes Verfahren, das „die Extraktion komplexer Informationen aus Texten ermöglicht und während des gesamten Analyseprozesses offen für unvorhergesehene Informationen ist“. (Gläser, Laudel 2009, S. 199). Im Unterschied zu Mayring verzichten sie auf das Kodieren des Textes sondern verwenden den Begriff Extraktion. „Mit der Extraktion entnehmen wir dem Text Informationen und werten diese Informationen aus“. (Gläser, Laudel 2009, S. 199).

Der entscheidende Vorteil dieses Verfahrens gegenüber jenem vom Mayring liegt darin, dass das Kategoriensystem offen ist und während des gesamten Prozesses der Extraktion verändert werden kann, „wenn im Text Informationen auftauchen, die relevant sind, aber nicht in das Kategoriensystem passen. Die Dimensionen existierender Kategorien können verändert werden, und es können neue Kategorien konstruiert werden“. (Gläser, Laudel 2009, S. 201). Aber: „Es ist im allgemeinen nicht gerechtfertigt, auf der Grundlage der Eindrücke aus der empirischen Erhebung Einengungen vorzunehmen oder sogar Faktoren aus der Analyse auszublenden“ (Gläser, Laudel 2009, S. 207).

Nachdem bei der Auswertung das in Form von Text vorliegende Gesagte nicht nur decodiert, sondern auch interpretiert wird, es eine eindeutige Interpretation von Text jedoch nicht geben kann, weil jedes Interview einer Anzahl konkurrierender Deutungen offen steht, kommt der Offenlegung der Vorgangsweise bei der Interpretation große Bedeutung zu.

Für die Datenextraktion wurde basierend auf dem theoretischen Modell ein Suchraster entwickelt, das die Variablen und Merkmalsausprägungen enthält.

Variablen werden von Gläser und Laudel – in bewusster Abgrenzung vom Variablen-Begriff quantitativer Methoden – in einem allgemeineren Verständnis verwendet: „Variablen sind Konstrukte, die veränderliche Aspekte der sozialen Realität

beschreiben. In den Worten von Niklas Luhmann: Variablen sind Begriffe, die planmäßig unbestimmt bleiben; sie sind Leerstellen, die aber nicht beliebig, sondern nur in bestimmter Weise, durch begrenzte Möglichkeiten ausgefüllt werden können. (Luhmann 1997: 624).“(Gläser, Laudel 2009, S. 79). Variablen sind ein wichtiges Bindeglied zwischen Theorie und Empirie und können (anders als die Variablen statistischer Untersuchungen) als „Konstrukte komplex sein, das heißt mehrere Dimensionen haben, in denen die Merkmalsausprägungen unabhängig voneinander variieren. Sie können in den verschiedenen Dimensionen unterschiedlich skaliert sein. Das schließt ein, dass sie in allen Dimensionen nominalskaliert sein können, die Merkmalsausprägungen also ausschließlich verbal beschreibbar sind.“(Gläser, Laudel 2009, S. 79).

5.3.1 Der Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse

„Die qualitative Inhaltsanalyse behandelt die auszuwertenden Texte als Material, in dem die Daten enthalten sind. Wenn man eine qualitative Inhaltsanalyse durchführt, dann entnimmt man den Texten diese Daten, das heißt, man extrahiert Rohdaten, bereitet diese Daten auf und wertet sie aus“.(Gläser, Laudel 2009, S. 199). Anders als Mayring verzichten Gläser und Laudel auf das Kodieren von Texten und arbeiten stattdessen mit der Extraktion von Daten. „Extraktion heißt, den Text zu lesen und zu entscheiden, welche in ihm enthaltenen Informationen für die Untersuchung relevant sind.“(Gläser, Laudel 2009, S. 200). Die Daten liegen dann in Form von extrahierten Textpassagen in strukturierter Form vor und sind in weiterer Folge die Informationsbasis, welche ausgewertet wird. Die Strukturierung erfolgt über ein aufgrund der theoretischen Vorüberlegungen entwickeltes Suchraster, welches die für die Untersuchung relevanten Kategorien enthält. Die Besonderheit des Verfahrens von Gläser und Laudel liegt darin, dass das Kategoriensystem zwar auf den theoretischen Vorüberlegungen aufbaut, gleichzeitig aber offen ist. Es können während des gesamten Extraktionsvorganges die Dimensionen existierender Kategorien verändert und auch neue Kategorien konstruiert werden. „Dadurch verändert sich die Struktur der Informationsbasis, die auf diesem Wege durch die im Material enthaltenen Informationen mit geformt wird.“ (Gläser, Laudel 2009, S. 201). Die Merkmalsausprägungen werden frei verbal beschrieben. „Die Daten werden also nominalskaliert erhoben, und die ‚Skala‘ – die Liste der Ausprägungen – entsteht im

Prozess der Extraktion. Damit wird die Extraktion an die Eigenart der theoretischen Variablen angepasst, komplexe Zustände zu beschreiben“.(Gläser, Laudel 2009, S. 201). Es ist jedoch auch möglich, anders skalierte Daten zu erheben, wie z.B. ordinalskalierte Daten mit der Ausprägung stark – mittel – schwach.

Das systematische und regelgeleitete Vorgehen ist ein Vorzug der qualitativen Inhaltsanalyse, welcher der Forderung Rechnung trägt, das gesamte Material gleichberechtigt einzubeziehen. Angesichts der Fülle an Material würden ohne dieses Vorgehen unbewusste Selektionsprozesse ablaufen; etwa indem in der (unbewussten) Wahrnehmung des Forschenden erwartete Ergebnisse gegenüber unerwarteten oder überraschenden dominieren.

Die bewusste Distanzierung gegenüber Erwartungen und die Offenheit gegenüber den im Material enthaltenen Informationen ist auch mit dieser systematischen Vorgangsweise noch ein wichtiger Punkt, denn Interpretationen und individuelle Verstehprozesse gehen zwangsläufig in den Forschungsprozess ein: „Um festzustellen, ob relevante Informationen in einem Text enthalten sind, müssen Sie ihn interpretieren. Auch die Zuordnung zu einer Kategorie und die verbale Beschreibung des Informationsinhaltes beruhen jeweils auf Interpretationen des Textes“ (Gläser, Laudel 2009, S. 201).

Die qualitative Inhaltsanalyse unterstützt ein theoriegeleitetes Vorgehen, weil die aus den theoretischen Vorüberlegungen abgeleiteten Variablen die Grundlage für die Auswertungskategorien bilden.

Die folgende Abbildung zeigt den Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse:

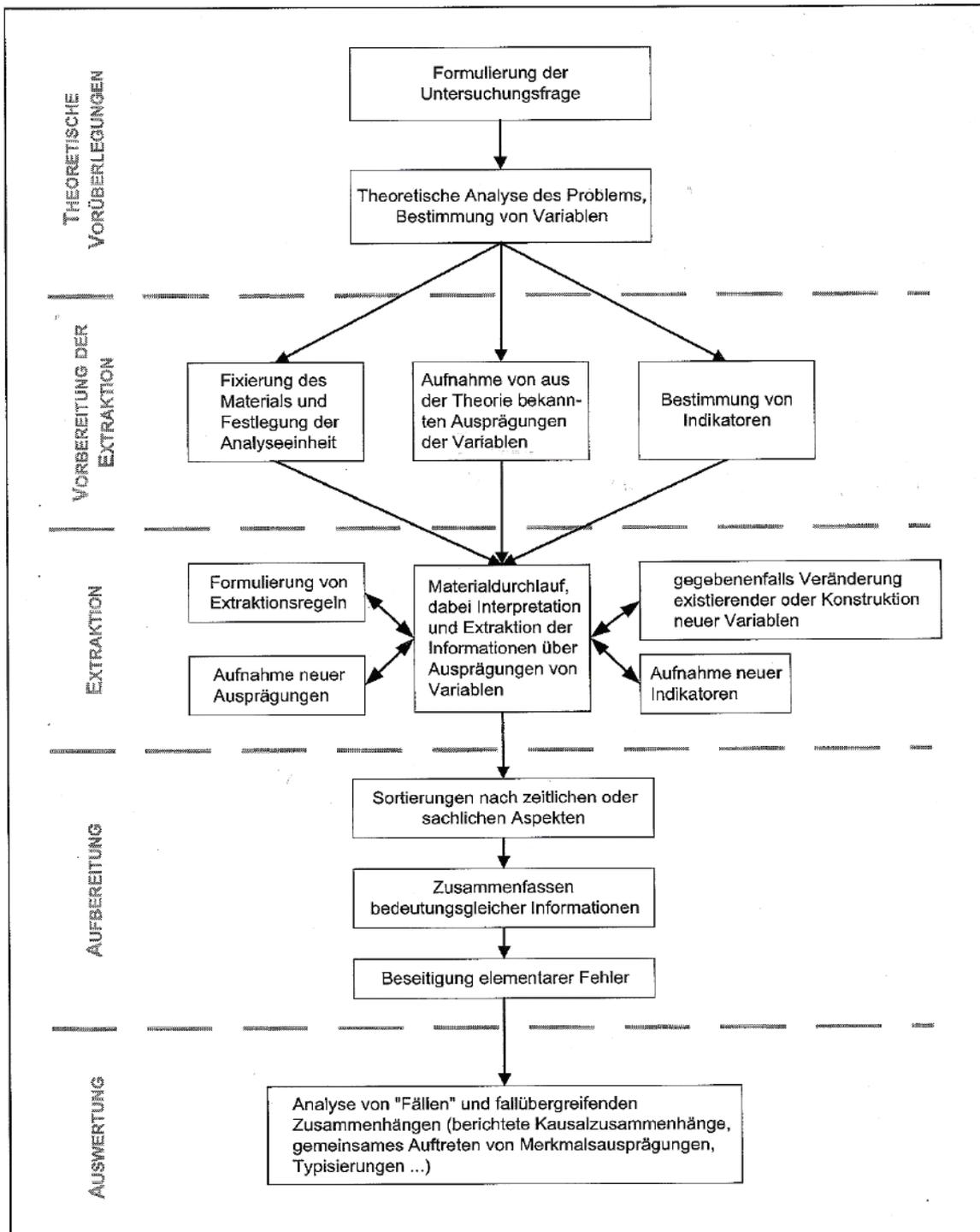


Abb. 17: Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse
 Quelle: Gläser, Laudel 2009, S. 203

An die Extraktion schließt der Schritt der Datenaufbereitung an, bei welchem bedeutungsgleiche Informationen zusammengefasst, Widersprüche geprüft und die Daten nach für die Auswertung relevanten Aspekten sortiert werden. „Ergebnis der

Aufbereitung ist eine strukturierte Informationsbasis, die die empirischen Informationen ... zusammenfasst“.(Gläser, Laudel 2009, S. 202).

Für die Auswertung haben Gläser und Laudel ein Programmpaket entwickelt und auf der Internetseite des Buches im Verlag zur Verfügung gestellt (<http://www.vs-verlag.de>). Dieses Programm wurde auch für die vorliegende Forschungsarbeit eingesetzt.

5.3.2 Das Suchraster für die vorliegende Untersuchung

Das Suchraster, welches auf der Basis der theoretischen Vorüberlegungen, konstruiert wurde, dient der Strukturierung der Informationsbasis. Es enthält das vorab entwickelte Kategoriensystem für die Extraktion der Daten (Daten in Form von Texten) und die Variablen und Einflussfaktoren sowie die dazugehörigen Indikatoren. Gleichzeitig bleibt das Kategoriensystem während der gesamten Extraktion offen: es kann angepasst werden, wenn im Text relevante Informationen auftauchen, die sich nicht in das Kategoriensystem fügen, sodass sichergestellt wird, „dass nicht antizipierte Merkmalsausprägungen adäquat aufgenommen werden: Sie müssen nicht in eine ex ante vorgegebene Skala eingepasst werden. Dieser Umgang mit dem Kategoriensystem ist die grundsätzliche Änderung, die wir gegenüber bisherigen Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse eingeführt haben“. (Gläser, Laudel 2009, S. 201)

Jede Auswertungskategorie wird definiert und Indikatoren für das Feststellen ihres Auftretens explizit festgehalten. Die Sachdimensionen der Variablen leiten sich aus den theoretischen Vorüberlegungen ab.

Im Unterschied zu den strikten „Interpretationsregeln“ von Mayring - wie etwa die Vorgaben zu Paraphrasierung: „Die einzelnen Kodiereinheiten werden nun in eine knappe, nur auf den Inhalt beschränkte, beschreibende Form umgeschrieben“ (Mayring 2010, S. 69) - bleibt im Verfahren von Gläser und Laudel das Suchraster während der Extraktion offen und kann angepasst werden, wenn im Text Informationen auftauchen, die relevant sind, aber nicht in das vorab entwickelte Schema passen. Damit wird dem Prinzip der Offenheit im Forschungsprozess

Rechnung getragen. Zur Offenheit des Kategoriensystems gehört: „Die Merkmalsausprägungen der Kategorien werden nicht vorab festgelegt. Stattdessen werden Merkmalsausprägungen frei verbal beschrieben. Man stellt gewissermaßen offene Fragen an den auszuwertenden Text und nicht geschlossene.“ (Gläser, Laudel 2009, S. 205) „Die Daten werden also nominalskaliert erhoben, und die ‚Skala‘ – die Liste der Ausprägungen – entsteht im Prozess der Extraktion“ (Gläser, Laudel 2009, S. 201). Auf diese Weise erhält man eine von den Ursprungstexten (den Interviewtranskripten) verschiedene Informationsbasis, die nur noch jene Informationen enthält, die für die Beantwortung der Forschungsfrage von Interesse sind. Die Datenextraktion anhand des Kategorien-Systems als Suchraster führt dazu, dass die Struktur der mit der Inhaltsanalyse erzeugten Informationsbasis mit der Forschungsfrage korrespondiert (Gläser, Laudel 2009).

Für jede Variable des Suchrasters wird eine Definition geben, die auf den theoretischen Überlegungen beruht und die im Zuge der Extraktion gewährleisten soll, dass die interessierenden Phänomene empirisch identifiziert und eindeutig zugeordnet werden können. Dennoch auftretende Zuordnungs- und Abgrenzungsprobleme, werden durch das Formulieren von Extraktionsregeln gelöst, die gewährleisten sollen, dass „in gleichen Zweifelsfällen gleich verfahren wird.“ (Gläser, Laudel 2009, S. 212). „Damit diese Regeln aber handhabbar bleiben, darf ihre Zahl nicht zu groß sein. Deshalb müssen auch die Definitionen in dieser Hinsicht ‚leistungsfähig‘ sein.“ (Gläser, Laudel 2009, S. 208).

Indikatoren zeigen interessierende Sachverhalte im Text an. Um aus dem Text die relevanten Informationen entnehmen zu können, müssen wir „nach Indikatoren suchen, die uns erkennen lassen, wann empirische Phänomene Merkmalsausprägungen von Variablen enthalten.“ (Gläser, Laudel 2009, S. 82). Die Indikatoren „stellen ein wichtiges Bindeglied zwischen den relativ abstrakten Variablen dimensionen und dem empirischen Material dar.“ (Gläser, Laudel 2009, S. 208).

Merkmalsausprägungen, die bereits aufgrund der theoretischen Überlegungen bekannt sind, werden als so genannte Extraktionsvorgaben in das Programm eingegeben. Dabei ist zu beachten, dass nicht vorschnell Zuordnungen

vorgenommen werden. Es können jederzeit neue Variablen, Merkmalsausprägungen und auch Extraktionsvorgaben aufgenommen werden.

Die inhaltlichen Vorüberlegungen zu Variablen, Merkmalsausprägungen und Indikatoren, welche auf das Vorliegen eines interessierenden Sachverhaltes im empirischen Material hinweisen, dienen dazu „noch einmal das gesamte Wissen zu mobilisieren, um die Extraktion so gut wie möglich vorzubereiten. Obwohl sich wahrscheinlich einige dieser Überlegungen während der Extraktion als falsch erweisen und korrigiert werden, sollte man bei den theoretischen Vorüberlegungen weder Zeit noch Mühe sparen, weil dadurch aufwändigere Korrekturen während der Extraktion vermieden werden können.“ (Gläser, Laudel 2009, S. 208).

In den Kausaldimensionen werden Hinweise aufgenommen betreffend die Relation zwischen Variablen. In der Kausaldimension Ursache werden Informationen aus dem Text aufgenommen, die enthalten warum eine spezifische Merkmalsausprägung auftrat. Die Kausaldimension Wirkung erfasst Informationen, wie eine Variable für die Forschungsfrage relevante Sachverhalte beeinflusst hat. Dabei ist es wichtig im Interview berichtete Kausalketten auch abzuschneiden. „Wird beispielsweise die Wirkung einer bestimmten Norm untersucht, dann interessiert nicht, wie diese Norm zustande gekommen ist – die Ursachendimension entfällt also“ (Gläser, Laudel 2009, S. 209).

Analyseeinheit ist ein Textabsatz des Interviews. Dementsprechend wurden bei den transkribierten Interviews Themenwechsel innerhalb einer Antwort durch Absatzwechsel formatiert.

Die Subsumierung von Textelementen unter die Kategorien stellt eine Gradwanderung dar. Einerseits ist es ja gerade der Vorteil des aufgrund der theoretischen Vorüberlegungen aufgestellten Kategoriensystems, dass es zur Komplexitätsreduktion beiträgt. Auf der anderen Seite darf dabei nicht überschießend vorgegangen werden, indem Textpassagen in das Kategoriensystem gepresst werden, obwohl im Gesamtkontext durchaus eine andere Interpretation näher liegen würde.

Das schrittweise, systematische Vorgehen trägt dazu bei, die in die Auswertung eingegangenen Interpretationsschritte intersubjektiv nachvollziehbar zu machen, was eine zentrale Anforderung an wissenschaftliches Arbeiten ist. „Dass die jeweiligen Interpretationen durch verschiedene Forscher unterschiedlich vorgenommen werden, ist wahrscheinlich. Das systematische Vorgehen der qualitativen Inhaltsanalyse ermöglicht es aber zumindest, diese Interpretationen zu kommunizieren“ (Gläser, Laudel 2009).

Am Beispiel der Variable subjektive Gesundheitsvorstellungen wird das Suchraster exemplarisch dargestellt. Technisch wurde mit Hilfe des Programmes von Gläser und Laudel für jede Variable ein Extraktionsmakro erstellt und bereits bekannte Ausprägungen in die Werte-Datei „Extraktionsvorgaben“ eingegeben.

Variable/Auswertungskategorie: **Subjektive Gesundheitsvorstellung**

Definition: Subjektive Gesundheitskonzepte beschreiben das individuelle Verständnis von Gesundheit. Dabei wird auf die von Flick et al gefundenen Gesundheitsvorstellungen bei Hausärzten (und Pflegekräften) in Berlin und Hannover zurückgegriffen (Flick et al. 2004):

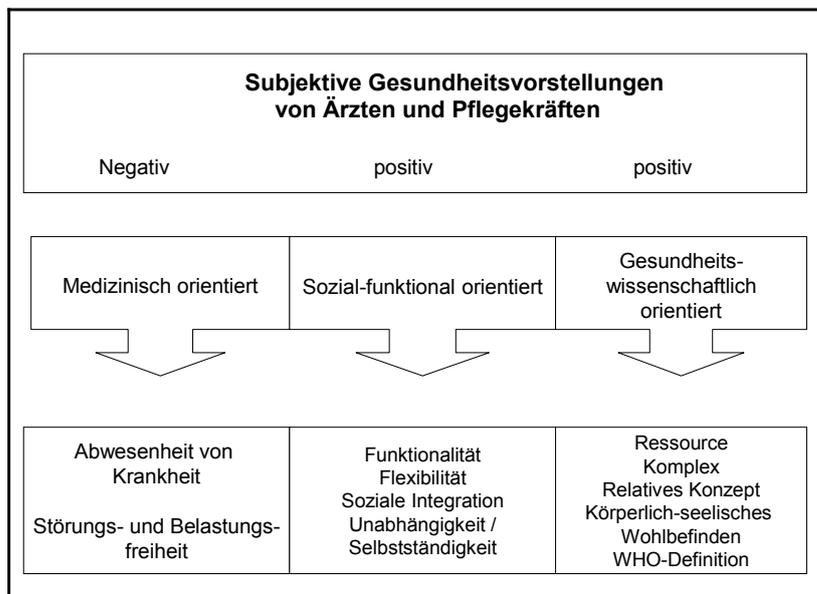


Abb. 18: Subjektive positive und negative Gesundheitsvorstellungen von Ärzten/Pflegekräften
Quelle: Flick et al (2004), S. 77

Dimensionen/Merkmalsausprägungen:

Dimension	Bereits bekannte Ausprägung (ExVorgaben)	Indikatoren
Inhalt der Gesundheitsvorstellung	Frei verbal beschrieben – kurz fassen!	
Zuordnung nach Flick et al (2004)	<p>Medizinisch orientiert/Krankheits- und Belastungsbezogen</p> <p>Sozial-funktional orientiert</p> <p>Gesundheitswissenschaftlich orientiert</p> <p>Anderes</p>	<p>Abwesenheit von Krankheit, Störungs- und Belastungsfrei, kein Bedarf für medizinische Dienstleistung.</p> <p>Leistungs- und Arbeitsfähigkeit, Unabhängigkeit, Funktionalität (auch bei gegebenen – etwa chronischen – Einschränkungen), Flexibilität, soziale Integration, Selbstständigkeit, Anteilnahme am tägl. Leben.</p> <p>Ressource/Reservoir, Gesundheit als Komplex und nicht nur medizinisch sondern individuell-ganzheitlich, Wohlbefinden, seelisches Gleichgewicht, WHO-Definition, relatives Gesundheitskonzept, Zufriedenheit mit dem momentanen Zustand, Lebensfreude, Lustempfinden</p>
Anzahl verschiedener Gesundheitsvorstellungen je Arzt	1 2 3	
Kausaldimension Ursache		Beschreibt, warum eine spezifische Merkmalsausprägung auftrat
Kausaldimension Wirkung		Beschreibt, wie eine Variable die für den Forschungs Sachverhalt relevante Sachverhalte beeinflusst hat

5.3.3 Vorgehen bei der Extraktion

Im ersten Schritt ist jedes einzelne Interview Gegenstand der Extraktion. An die Extraktion schließt sich der Schritt der Datenaufbereitung an, bei welchem Informationen zusammengefasst, Fehler korrigiert, Übersehenes ergänzt und, wo notwendig, Zuordnungen vereinheitlicht werden. Es entstanden im Zuge dieser Aufbereitung auch neue Auswertungstabellen. Dabei lagen sowohl bei der Extraktion als auch bei der Datenaufbereitung die vollständigen Interviews stets in ausgedruckter Form bereit, sodass vor Zuordnungs- und anderen Entscheidungen immer auch noch einmal ein Blick auf den Gesamtzusammenhang im Interview

geworfen werden konnte, um keine Fehlinterpretationen und –zuordnungen vorzunehmen. Durch die Quellenangaben in Form von Absatzmarkierungen in den Extraktionstabellen konnte die fragliche Interviewpassage jederzeit problemlos aufgesucht werden.

Grundsätzlich wurde bei der Auswertung die durch die Extraktions- und Auswertungstabellen vorgegebene Struktur beibehalten. Aussagen aus anderen Interview-Abschnitten konnten auf diese Weise bei jenem Themenblick, wo sie thematisch dazugehören, berücksichtigt werden.

Durch den Prozess der Extraktion wurde das in Form der Interviewtranskripte vorliegende Textmaterial reduziert und verdichtet – von 564.251 Zeichen Interviewtranskript auf 108.726 Zeichen in Form von Extraktionstabellen. Im Zuge der Aufbereitung entstanden allerdings auch neue Auswertungstabellen, welche zusätzliches Material darstellten.

Für das Extrahieren geben Gläser und Laudel einige hilfreiche Tipps, welche klarerweise befolgt wurden (Gläser, Laudel 2009, S. 220f). So appellieren sie, die Aussagen des Interviewpartners kurz gefasst aufzunehmen, damit nicht ein strukturiertes Duplikat des Interviews erzeugt wird, sondern eine Extraktion der wesentlichen Inhalte. Eine spätere Rückkehr zum Originaltext ist ja anhand der Quellenangaben im Makro jederzeit möglich. Weiters warnen sie davor, Informationen aus dem Text vorschnell einer vorgegebenen Ausprägung zuzuordnen. Nicht wenige Ausprägungen kommen daher am Ende nur einmal vor. Oft werden in Interviews lange Kausalketten berichtet; hier empfehlen Gläser und Laudel, diese ‚abzuschneiden‘, wenn sie über die Forschungsfrage hinausreichen. Ein anderer, sehr wichtiger Hinweis, besteht darin, nicht zu spekulieren. Wenn Informationen im Text fragmentarisch sind, dürfen diese nicht durch Annahmen ‚ergänzt‘ werden – seien diese noch so plausibel. Diese Gefahr der Synthetisierung nimmt zu, je länger man extrahiert.

Eine besondere Herausforderung bei der Extraktion (wie überhaupt während der gesamten berufsbegleitend betriebenen Forschung) ist, nach einer Unterbrechung wieder dort anzuschließen, wo zuletzt aufgehört wurde. Im konkreten Fall wurde dies

dadurch gelöst, dass für die Extraktion Urlaub genommen und mehrere Tage hintereinander konzentriert extrahiert wurde. Das Problem der Unterbrechungen ist aber letztlich auch nur eine Seite einer Medaille, auf deren anderer Seite das Problem der Synthetisierung steht: „Je länger man extrahiert, desto mehr Kontextwissen akkumuliert man. Damit entsteht die Gefahr, dass man in die Extraktion Informationen aus dem Kontextwissen ‚einspeist‘, deren Quelle unbekannt ist“ (Gläser, Laudel 2009, S. 221). Lösen kann man diese Gradwanderung letztlich nur durch Disziplin und regelmäßige Selbstbeobachtung und Reflexion, ob man noch richtig unterwegs ist.

6. Darstellung und Diskussion der Ergebnisse

Die Interviews mit den 13 Hausärzten fanden zwischen 12. August und 23. September 2010 statt. Die Interviewpartner waren über ganz Oberösterreich verteilt in den politischen Bezirken Freistadt, Grieskirchen, Perg, Ried im Innkreis, Rohrbach, Schärding, Urfahr-Umgebung, Vöcklabruck und Wels-Land (auf eine exaktere geographische Beschreibung wird verzichtet, da bei einer genauen Ortsangabe die Anonymität nicht mehr garantiert wäre).

Anhand des im Anhang befindlichen Telefonleitfadens erfolgte die Kontaktaufnahme mit den Ärzten, welche folgendes Ergebnis brachte:

	Zusage	Aufgrund Urlaubes erreicht Zusage	später und	Absage durch Arzt selber	Absage durch Ordinations- angestellte	Urlaub oder vertröstet worden auf Herbst und später nicht mehr angerufen
1. Versand	5	3		2	4	6
2. Versand	4	1			1	4

Die Tatsache, dass die Interviews in die Urlaubszeit fielen, erschwerte zwar die telefonische Erreichbarkeit, hinsichtlich der Bereitschaft überhaupt ein Interview zu geben, zeigte sich jedoch keine eindeutige Tendenz. Zwar führten einige Ärzte (oder ihre Ordinationsangestellten) als Begründung für die Ablehnung eines Interviews an, dass aufgrund der Urlaubszeit auch Vertretungen zu machen seien und daher weniger Zeit zur Verfügung stehe. Andere Ärzte wiederum schienen gerade wegen

der Urlaubszeit entspannter und eher zu einem Interview bereit zu sein. Das Patientenaufkommen in den Ordinationen ist, wie die Daten der OÖGKK zeigen, im dritten Quartal eines Jahres jedenfalls regelmäßig am niedrigsten im Jahresvergleich, sodass andere Zeiten – etwa jene von vermehrten Erkältungskrankheiten – jedenfalls ungünstiger erscheinen.

Aus den 13 Interviews liegen 194 Seiten Text in Form von Interviewtranskripten vor. Das kürzeste Transkript ist neun Seiten, das längste 23 Seiten lang. Die durchschnittliche Seitenzahl je Interview beträgt rund 15 Seiten. Die Interview-Dauer lag in den meisten Fällen bei der angekündigten ungefähren Stunde. Nur wenige Gespräche waren etwas kürzer und kaum eines länger als diese Stunde. Erstaunlich ist, dass manche Ärzte durchaus auch nach dem Interview weiter das Gespräch suchten. Ein Interview-Partner meinte, das Gespräch hätte für ihn eine Wirkung ähnlich einer Balint-Gruppe gehabt. Andere Ärzte wiederum waren vor und nach dem Interview eher kurz angebunden. Aus forschungsökonomischen Gründen achtete die Forscherin darauf, nach dem Interview das Gespräch eher rasch abzuschließen. Einige wenige Ärzte thematisierten die Interviewdauer und fragten gegen Ende des Interviews, wie lange es noch dauern würde, setzten dann das Interview aber problemlos bis zur letzten Frage fort.

6.1 Die Befragungsteilnehmer

Für die Auswahl der Befragungsteilnehmer wurde ein Zugang über das Vertragsärzterverzeichnis der Ärzte für Allgemeinmedizin der OÖ GKK gewählt. Alle Ärztinnen und Ärzte, der Forscherin persönlich bekannte ebenso wie unbekannt, hatten die gleiche Chance, ausgewählt zu werden, sodass in der Literatur häufig beschriebene Probleme mit der Auswahl der Interviewpartner als „Bekanntes von Bekannten“ (Flick 2010, S. 149) vermieden werden konnten. Letztlich war von den dreizehn interviewten Ärzten ein einziger der Interviewerin vorher persönlich bekannt.

Von 660 Vertragsärzten für Allgemeinmedizin blieben nach Ausschluss der Statutarstädte 527 Vertragsärzte übrig, die nach Postleitzahlen aufsteigend in einer Excel-Liste sortiert wurden. Damit sollte sichergestellt werden, dass die anschließende Zufalls-Auswahl eine Verteilung der potentiellen Interviewpartner auf

ganz Oberösterreich ergab. Ziel war es, zehn bis fünfzehn Interviewpartner und darunter auch zwei bis drei Frauen zu erhalten. Die Auswahl begann beim ersten Arzt auf der Liste und umfasste dann jeden fünfunddreißigsten. Nachdem zu erwarten war, dass nicht jeder kontaktierte Arzt auch Bereitschaft und Zeit für ein Interview aufbringen würde, wurde neben den auf diese Weise erhaltenen sechzehn Ärzten auch der jeweils nächste Arzt auf der Liste ausgewählt. Am 4. August erhielten 20 Ärzte der Auswahl das Anschreiben mit der Bitte um einen Interviewtermin (siehe Anhang I, S. 2). Dabei handelte es sich um die fünfzehn zufällig ausgewählten und alle weiblichen Ärzte auf der Liste. Es zeigte sich, dass aus diesen 20 Ärzten nicht mit Sicherheit die gewünschte Zahl an Interviewpartnern erreicht werden konnte, da in vielen Fällen der Telefonanrufbeantworter mit einer Urlaubsansage lief. Daher erhielten am 11. August die restlichen 10 Ärzte das Anschreiben, um eine ausreichende Anzahl an Interviewpartnern zu gewinnen. Auch wenn es bei der vorliegenden qualitativen Untersuchung niemals um Repräsentativität der Ergebnisse geht, konnte durch dieses Auswahlverfahren vielleicht ein Beitrag zur Reduktion des Phänomens der soziale Erwünschtheit (Diekmann 2010) geleistet werden.

Das Sample der 13 interviewten Ärzte umfasst elf Männer und zwei Frauen. Wenngleich keinerlei repräsentative Aussagen aufgrund der vorliegenden Interviews gemacht werden können, ist die Information, dass diese Geschlechter-Verteilung in etwa auch die Verteilung der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin der OÖ Gebietskrankenkasse in Summe abbildet, von ergänzendem, informativen Wert: von allen Vertragsärzten für Allgemeinmedizin der OÖGKK sind 85,5 % Männer und 14,5 % Frauen.

Die interviewten Ärzte und ihre Praxen weisen überblicksartig dargestellt folgende Strukturmerkmale auf. Die Zahl der insgesamt betreuten Patienten (alle Krankenkassen zusammen) pro Arzt und Quartal beträgt durchschnittlich 1350 – 1450. Die größte Praxis umfasst 2300, die kleinste 900 Patienten pro Quartal. Die offizielle Ordinationszeit beträgt 20 bis 25 Stunden, wobei alle Ärzte angeben, damit nicht das Auslangen zu finden. Die Angaben über die tatsächliche Ordinationszeit (inklusive Visiten) streuen zwischen 25 und 40 Stunden. Dazu kommen noch Bereitschafts- und Wochenenddienste, wobei während der Bereitschaftszeiten in

vielen Fällen auch administrative Agenden der Praxisorganisation erledigt werden. Für die Interpretation der Ergebnisse erscheint relevant, dass es keinen klaren Zusammenhang zwischen Praxisgröße und Stundenausmaß gibt. Es kommen sowohl große Praxen mit vergleichsweise geringem Stundenaufwand als auch kleine Praxen mit umfangreicher Anwesenheit vor.

Die bisherige Dauer der Praxistätigkeit war keine explizite Frage, erschien aber 10 von 13 Ärzten erwähnenswert, sodass das Ergebnis dargestellt wird: vier Ärzte sind seit mehr als dreißig Jahren in der Praxis tätig, weitere fünf Ärzte mehr als zwanzig Jahre. Ein Arzt ist seit weniger als zwanzig Jahren in der Praxis und von drei Ärzten wurde darauf nicht eingegangen. Der Vergleich zur gesamten Gruppe der Vertragsärzte für Allgemeinmedizin zeigt, dass die Vertragsärzteschaft der OÖGKK generell mehrheitlich in den höheren Altersgruppen anzutreffen ist. Mehr als ein Fünftel der Ärzte liegt in der Altersgruppe 56 bis 60 Jahre, mehr als ein Drittel der Ärzte in der nächst jüngeren Altersgruppe der 51 bis 55 Jährigen.

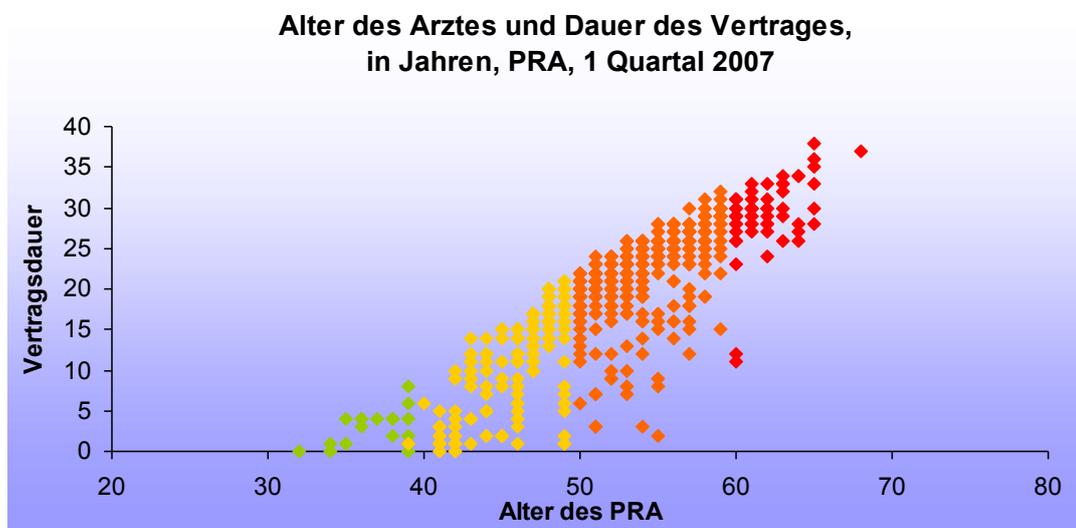


Abb. 19: Altersverteilung der Vertragsärzte der OÖ GKK;
Quelle: OÖGKK, Behandlungökonomie, Schableger, Said.

Für die Interpretation der Ergebnisse ist diese Konzentration in den höheren Altersgruppen bedeutsam, da davon auszugehen ist, dass „die Vorstellung von Gesundheit und Krankheit im Lebenslauf durch Körperereignisse und soziale Eingebundenheit verändert wird“ (Flick et al. 2004, S. 63).

Natürlich erfolgte bei den Interviewten auch eine Selbstselektion insofern als nur jene Ärzte für ein Interview zu gewinnen waren, welche der OÖ Gebietskrankenkasse und/oder der Ärztekammer und dem Thema Gesundheitsförderung und Prävention gegenüber positiv eingestellt sind und/oder konstruktiv-kritisch sind. Theoretisch denkbar wäre auch eine Selbstselektion besonders destruktiv-kritischer Ärzte, was sich aber in den Interviews nicht bestätigt hat. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass die Interview-Partner als typische Vertreter der Vertragsärzte der OÖGKK gewertet werden können. Von den 20 beim ersten Versand kontaktierten Ärzten haben acht zu- und sechs abgesagt. Mit dem zweiten Versand wurden weitere zehn Ärzte kontaktiert, von denen fünf zu einem Interview bereit waren und einer dies ablehnte. Die restlichen zehn angeschriebenen Ärzte waren aufgrund der Urlaubszeit nicht erreichbar oder haben um Anruf nach der Urlaubszeit ersucht und wurden später nicht mehr kontaktiert, weil bereits die erforderliche Zahl an Interviewpartnern gefunden worden war. In keinem einzigen Fall kam es dazu, dass ein vereinbartes Interview letztlich doch nicht durchgeführt werden konnte.

Alle sieben Ärzte, die zum Kontaktzeitpunkt zu keinem Interview bereit oder in der Lage waren, gaben als Grund Zeitmangel – zum Teil aufgrund der Urlaubszeit – an. In vier von den sieben Fällen gelang es nicht, telefonisch bis zum Arzt vorzudringen und wurde die Absage von der Gattin oder Ordinationsangestellten mitgeteilt (zum Teil nach Rücksprache mit dem Arzt).

In keinem einzigen Fall wurde das Forschungsvorhaben generell in seiner Sinnhaftigkeit in Frage gestellt.

Die viel zitierten Aussagen zur Minutenmedizin, die sich aus einer reinen Division der betreuten Patienten durch die Anwesenheit in der Ordination ergeben würden, müssen in zweifacher Hinsicht relativiert werden. Erstens aufgrund einer im Auftrag des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger im Herbst 2008 durchgeführten Nutzerbefragung (Stichprobe 4000 Österreicher ab 15 Jahren, repräsentativ für das gesamte Bundesgebiet) (Fischer 2009), die zeigte, dass 28 % der „Frequent User und chronisch Kranken bei ihrem letzten Kontakt mit der Ordination nicht mit ihrem Hausarzt, sondern lediglich mit der Ordinationshilfe gesprochen haben“ (Fischer 2009, S. 4). Wenn es dabei z.B. um die

Weiterverordnung eines Dauermedikamentes geht (die der Hausarzt mit seiner Unterschrift auf dem Rezept ja in jedem Fall bestätigt), stellt das nach Meinung der Verfasserin auch nicht unbedingt ein Qualitätsproblem dar. Das Delegieren von Aufgaben an Angestellte, ohne dass damit die Verantwortung für den Prozess und das Ergebnis abgegeben wird, könnte für die Zukunft sogar Potential haben, wenn es tatsächlich – wie aktuell in vielen Zeitungsberichten dargestellt – zu einer Verknappung der Ressource Hausarzt kommen sollte. So schreiben die Salzburger Nachrichten am 21. Dezember 2011: „Sorge um Zukunft der Hausärzte auf dem Land“. In anderen Ländern Europas ist die Primärversorgung deutlich weniger arztzentriert und es sind auch andere Berufsgruppen verantwortlich einbezogen (Saltmann, 2006).

Zweitens bestätigen auch Aussagen aus den Interviews eine Bandbreite der Kontaktdauer von Arzt und Patient.

„Es kann halt sein, eine mit Angina, ist vielleicht in 5 Minuten wieder draußen und halt irgendeine internistische Sache braucht halt 20 Minuten, 30 Minuten, von den psychischen Geschichten gar nicht zu reden, die brauchen viel länger. Und somit ist es schwierig, Wartezeiten irgendwie zu kalkulieren und Termine kalkulieren. Es ist einfach zu wenig Zeit.“ (A1, 10)

„Naja, dass ich mir z.B. für Patient wesentlich weniger Zeit genommen habe, einfach weil ich geglaubt habe ah- ich ah- muss ah- ich habe am Anfang auch schon, ich habe so eine gut gehende Praxis übernommen und ich bin wie ich angefangen habe, habe ich relativ bald ah- viele Patienten gehabt und habe am Vormittag manchmal 100 Patienten da hier, die da ein- und ausgehen und das muss man natürlich irgendwie unterbringen und das geht also dann nur erstens durch gute Organisation und ich glaube dass ich das gut organisiert habe und zweitens, dass man dann sich trotzdem nicht treiben lässt sondern, sondern eben wenn es notwendig ist, jedem Einzelnen die Zeit gibt, die er braucht. Und das geht und das funktioniert ah- nur es ist halt oft nicht so, so lustig, nicht.“ (A4, 11)

„Naja, es ist die Frage. Ich leb im Prinzip von den Leuten, die administrative Tätigkeiten einfordern wie Überweisungen und Dauermedikamente verschreiben lassen. Des macht meine Assistentin. Meine Zeit hier wird eigentlich nicht in dem Ausmaß bezahlt, wie sie bezahlt werden sollte. Sagen wir mal so. Im Gesamten geht es sich aus, ich bin nicht unzufrieden, aber es ist letztlich eine Frage der Gesamtrichtung. Wenn man es so sieht geht sich's aus. Wenn man's wirklich rein sieht, was ich bekomme, um eine Visite zu fahren oder was ich bekomme, um mit jemandem zu reden, dann muss man eigentlich über die Bezahlung reden. Das sowieso, also wenn man jetzt den Praxisalltag, den Umsatz sieht bezogen auf das was getan wird für den Patienten, dann ist eigentlich das Administrative das, was das Geld bringt und das, was ich Beratung mache oder die Leute anschau oder mir

überlege, was ich mit denen tue, eigentlich der geringste Anteil. Der bringt auch kein Geld. Ganz schlicht und ergreifend.“ (A2, 70).

Das Beispiel des Arztes 2 verdeutlicht auch anschaulich das Dilemma von Pauschal- und Einzelleistungshonorierung, die jede für sich spezifische Vor- und Nachteile haben. Ebenso wird klar, dass Ärzte zwischen der Sichtweise „was ist meine Arbeit wert“ und „ich bin Unternehmer, der auf das Gesamtergebnis schauen muss“ hin- und hergerissen sind.

6.2 Gesundheit ist für mich... - die subjektiven Gesundheitsvorstellungen oberösterreichischer Hausärzte

6.2.1 Ergebnisse

Für die Auswertung der subjektiven Gesundheitsvorstellungen oberösterreichischer Hausärzte wurden in einem ersten Schritt die in Form der Extraktionstabelle vorliegenden kurz gefassten Antworten auf die Frage 12 „Was ist das überhaupt für Sie – Gesundheit? – Was verbinden Sie mit dem Begriff Gesundheit?“ herangezogen, wobei anhand der Quellenverweise in der Extraktionstabelle simultan auf den Langtext in Form der Interviewtranskripte geblickt wurde, um falsche Zuordnungen gegebenenfalls noch einmal zu korrigieren. Auch Frage 13 „Wodurch wurden ihre Vorstellungen von Gesundheit besonders beeinflusst?“ fand hier Eingang in die Auswertung.

Eine **krankheits- und belastungsorientierte Gesundheitsvorstellung** ist bei sieben Ärzten (A1, A2, A6, A7, A8, A9, A10) vorzufinden. Das entspricht etwas mehr als der Hälfte aller befragten Ärzte. Die meisten davon weisen aber neben dieser krankheits- und belastungsorientierten Gesundheitsvorstellung weitere Gesundheitsvorstellungen auf. Nur ein Arzt definiert Gesundheit ausschließlich als Abwesenheit von Krankheit. Die WHO-Definition wird von ihm zwar erwähnt, aber inhaltlich in keiner Weise spezifiziert:

„Ah- jetzt kann ich ihnen die WHO Definition sagen, die wissen sie selber auch, ja, ah- ich halte mich schon im Prinzip daran. Ja, ah- klar, aber im Endeffekt, wenn man heute schaut, es ist ja keiner mehr gesund, ich finde bei jedem etwas.“ (A9, 105).

Das Nicht-Vorhandensein von körperlichen Schmerzen, aber auch psychischen Belastungen, ist für diese Gesundheitsvorstellungen ausschlaggebend:

„Allgemeines Wohlbefinden, keine körperlichen Schmerzen oder, oder, und keine psychischen Belastungen...“ (A1, 60).

In vielen Fällen liegt eine gesundheitswissenschaftlich orientierte Gesundheitsvorstellung, welche körperliches und seelisches Wohlbefinden aktiv als Gesundheit definiert, gleichzeitig vor:

„Ah, ein physiologisches, ideales Zusammensein von Seele und Körper, das möglichst ohne Leidensdruck abläuft, beziehungsweise bei dem der Leidensdruck kurz ist und die Menschen nur darauf aufmerksam macht, er soll es lassen. ... wer einmal gespürt hat, wie eine Hochdruckkrise tut im Kopf beziehungsweise wie ja, ein Migräneanfall oder so etwas ist, der weiß was Gesundheit ist, ja.“ (A7, 51)

In Zusammenhang mit psychischen Problemlagen wird auch Vererbung ins Treffen geführt:

„Und wenn man also wie ich 30 Jahre jetzt ah- fast drei Generationen kennt, in der Familie kennt, Großeltern, Eltern dann die Kinder, dann gibt es sehr viele Familien, wo sich ein gewisses Muster durchzieht, dass es da ein gewisses Muster durchzieht. Das heißt, wenn die Mutter kommt, fällt mir schon die Großmutter ein, vor 30 Jahren und bei den Jugendlichen merke ich schon wieder, wie das von vorne losgeht. Und es ist sehr, sehr schwierig diese Muster zu unterbinden. Vor allem, ich komme darauf, dass auch, wenn ich sie zum Psychotherapeuten schicke und zu vielen Stellen. Irgendwo bleibt die Vererbungs-, ist die Vererbung immer da wieder da und man kann manche Muster nicht ändern. Auch wenn man es will.“ (A6, 56).

Krankheit als Referenzgröße und Bezugspunkt kommt in zwei weiteren Konstellationen vor. Einmal, als Krank-sein in Anwesenheit von Gesundheit, wenn drei Ärzte schildern, dass Menschen trotz organisch-chemischer Gesundheit – also ohne dass auffällige Blutwerte oder körperliche Beeinträchtigungen vorliegen würden – nicht gesund sind, weil andere Störungen vorliegen. Ein Arzt bringt es so zum Ausdruck:

„Wenn eine kerngesunde Frau ständig traurig ist und man weiß, dass der Mann trinkt, ja die hat dann hundert Probleme da und dort und wird ja, ja. Also solche Fälle landen dann bei [Angabe ärztlicher Psychotherapeut]. Also die psychosomatisch, larvierten Beschwerden, das ist ein ganz häufiger Punkt in der Praxis.“ (A10, 87).

Die zweite Konstellation, nämlich Gesund-sein in Anwesenheit von Krankheit, betrifft Fälle, wo trotz des Vorliegens von Krankheit oder Beschwerden geschildert wird, dass die betreffende Person als gesund gelten kann.

„Es gibt Menschen, die leiden an Beschwerden und sind trotzdem glücklicher und für mich daher gesünder als wer anderer“. (A3, 82).

Diese Konstellation liegt auch den sozial-funktionalen Gesundheitsvorstellungen häufig zugrunde. Arzt 4 bringt dieses „es kommt darauf an“ prägnant zum Ausdruck:

„Der keine Interessen hat und, und das ist für mich, selbst wenn er körperlich gesund ist, ein kranker Mensch, ja. Es gibt also Kranke die viele körperliche Defizite haben, die das also gut managen und die sind für mich wesentlich gesünder. Das ist für mich Gesundheit, so würde ich das definieren.“ (A4, 57).

Sozial-funktional orientierte Gesundheitsvorstellungen liegen bei sechs Ärzten vor (A4, A6, A8, A10, A11, A13). Gesundheit als Fähigkeit, seiner Arbeit nachzugehen, wird dabei beispielsweise so beschrieben:

„...dass ich mit meiner Arbeit zufrieden bin, dass ich mit der Familie, in der ich lebe, dass ich da keine wesentlichen Probleme habe, das gehört alles zu Gesundheit dazu und dass ich jeden Tag wenn man aufsteht ah- ah- freuen kann, dass man sich ohne Schmerzen bewegen kann und seiner Arbeit nachgehen kann, das ist für mich Gesundheit, ja nicht unbedingt dass man einen Blutdruck von 120/75 oder einen Hb1c von 6 allein das nutzt rein gar nichts, ja, wenn der jeden Tag frustriert in seine Arbeit geht und gemobbt wird oder, oder, oder, oder nur mehr auf ja auf die Pension hinarbeitet und hofft, das alles bald vorbei ist.“ (A4, 57)

Auffällig ist, dass alle sechs Ärzte den Aspekt der Flexibilität hervorheben, welcher bedeutet, dass Gesundheit auch in Anwesenheit von Krankheit vorhanden sein kann. Die folgenden drei Zitate verdeutlichen dies, zeigen aber auch, die unterschiedlichen Nuancen. Arzt 10 bezeichnet sogar einen Diabetiker als gesund; Arzt 11 unterscheidet demgegenüber Menschen mit einmaligen, kurzfristige Beschwerden, die er als gesund bezeichnet von solchen mit häufigen oder chronischen Kopfschmerzen, für die das nicht mehr gilt.

„Ja, Gesundheit, es geht ja nicht nur dahingehend, dass einem nichts weh tut, weil ich sehr viele Patienten habe, die durchaus Tag für Tag bestimmte leichte oder starke Schmerzen haben und sich völlig gesund fühlen und überhaupt nicht wollen, dass man sie als krank abstempelt“ (A6, 56).

„Wichtig ist, dass man mit seinem Status zufrieden sein kann. Wenn, wenn ein Diabetiker gut eingestellt ist und Bewegung macht, kann man auch sagen, der ist gesund“. (A10, 85)

„Man ist ja trotzdem gesund, auch wenn man einmal Kreuzweh hat oder Kopfschmerzen. Aber wenn jemand chronische Kopfschmerzen hat oder häufig Kopfschmerzen hat, dann ist das etwas anderes. Aber hin und wieder einmal Kopfschmerzen heißt nicht, dass man nicht gesund ist. Da denk' ich mir, das gehört zum Leben“. (A11, 63).

Zehn Ärzte bringen **Gesundheitswissenschaftlich orientierte Gesundheitsvorstellungen** zum Ausdruck (A1, A2, A3, A4, A5, A7, A10, A11, A12, A13). Der Begriff Wohlbefinden oder Wohlfühlen findet sich in fünf Interviews, weitere drei Interviewte nennen Zufriedenheit, ein Arzt nennt sowohl den Begriff des Wohlbefindens als auch Zufriedenheit bei seiner Gesundheitsvorstellung und ein Arzt bestimmt Gesundheit mit Hilfe des Begriffes Lebensfreude.

Gesundheit als Gleichgewicht kommt zum Ausdruck bei Arzt 12:

„Ja, Gesundheit ist einfach ein Gleichgewicht, im Gleichgewicht sein mit der Seele und dem Körper“ (Arzt 12, 70)

Eine Gesundheitsvorstellung die körperliche und seelische/psychische Aspekte gleichermaßen umfasst, äußern drei Ärzte. Weitere zwei sprechen aktiv die drei Faktoren medizinisch-körperlich, geistig und sozial an, wobei unterschieden wird zwischen der Gesundheitsvorstellung und der ärztlichen Zuständigkeit:

„Ach Gott, da kann man natürlich, wir haben vor kurzem darüber geredet in einem Seminar die WHO-Definition hernehmen, na gut, da bin ich natürlich für das soziale und finanzielle Umfeld ja nicht zuständig. Da kann ich ja nichts beeinflussen, nicht? Ich kann nur den Bereich beeinflussen, den Gesundheit aus der medizinischen Sicht ausmacht. Ja, und zur Gesundheit gehört, Gesundheit ist ja mehr als nur ein gut funktionierender Kreislauf, ein funktionierender Stoffwechsel. Gesundheit ist ja auch, für mich ist Gesundheit ah- sozusagen Zufriedenheit, ist ein wichtiger Teil der Gesundheit. Zufrieden mit meiner Position, das Annehmen können dessen, wo ich bin und wo ich stehe und da kann man halt dem Patienten gelegentlich helfen.“ (A12, 59-64)

Die Schilderungen von Gesundheit als Wohlbefinden und Zufriedenheit weisen dabei eine gewisse Streuung auf und beginnen bei der nicht näher spezifizierten Angabe, Gesundheit sei allgemeines Wohlbefinden, glücklich sein:

„Und so große philosophische Gedanken, das liegt mir nicht so, denn ich bin mehr ein Praktiker. Ja, das ist, wenn man momentan zufrieden ist“. (A10, S. 6)

Andere Gesundheitsvorstellungen sind – mit oder ohne Erwähnung der WHO-Definition – sehr umfassend. Die Gesundheitsdefinition der WHO-Definition haben sechs Ärzte angesprochen, wobei drei die Definition auch in ihrem Inhalt wiedergaben und drei die Definition erwähnten ohne auf Details einzugehen. Ein Teil der Letztgenannten sagte von vorne herein dazu, dass er die Definition nicht anführen könne:

„Also diese WHO-Definition, kann ich ihnen eh nicht sagen, die kenne ich leider nicht wortwörtlich. Was ich mit Gesundheit verbinde, ist eine gewisse Zufriedenheit in jeder Hinsicht mit dem eigenen Leben und der eigenen momentanen Situation. Das ist sehr umfassend gesagt, hat aber, schließt sicherlich nicht nur, bei weitem nicht nur, den Körper ein, auch das Psychische mit ein.“ (A3, 61).

Auf ein Nachfragen nach den Inhalten der WHO-Definition wurde bewusst verzichtet, denn es sollte im Interview nicht eine Wissensabfrage- oder Prüfungssituation entstehen, welche in weiterer Folge unter Umständen den Erzählfluss beeinträchtigt hätte.

Bei einem Großteil der Ärzte lagen zumindest zwei unterschiedliche Gesundheitsvorstellungen vor, wobei alle Kombinationen auftraten.

Aus dem folgenden Zitat wird deutlich, wie Ärzte auch zwischen den Definitionen schwanken – und letztlich doch von einem Verständnis von „gesund ist, wer keine Beeinträchtigung hat“, geprägt sind:

„Gesundheit ist für mich einfach Wohlbefinden im weitesten Sinne, dazugehört auch das psychische und aber auch natürlich das physische Wohlbefinden. Wenn man es natürlich streng nach der Nomenklatur nimmt, wahrscheinlich gibt es bei Erwachsenen ja niemanden der 100%ig gesund ist, denn ah- jeder hat einmal Abnützungserscheinungen oder irgendeinen Schaden oder irgendetwas. Aber wenn er sich wohl fühlt dabei, gilt er für mich als gesund.“ (A8, 66)

Interessant ist auch ein Blick darauf, was Ärzte ausdrücklich *nicht* als ihre Gesundheitsvorstellung verstanden wissen wollen. So erwähnte ein Interviewpartner:

„Da bin ich eher pragmatisch und da nicht auf der esoterischen Ebene sondern ja, körperlich beschwerdefrei zu sein und sich wohl zu fühlen und glücklich zu sein - das ist Gesundheit oder, für mich, und da ist der große Teil, Gesundheit ist bei mir einfach ein Wort, das mit Medizin behaftet ist oder unbedingt zusammen hängt.

Interviewerin: Und die esoterische Ebene, was wäre das?

Naja, ja das kann ich jetzt gar nicht so richtig ausdrücken, wie das, aber es gibt so Leute, die halt die Gesundheit mehr in der psychischen, wie wir Mediziner sagen, in der psychischen Ebene sozusagen suchen, oder, völlige ja, Freiheit im Kopf, und und ich weiß auch nicht, ich traue es mir gar nicht so sagen, aber es gibt so, wir sagen da ein wenig Durchgeknallte, ja, die jetzt also nicht Gesundheit unbedingt mit Medizin und Arzt und Krankenhaus, und so weiter, in Verbindung bringen, was für mich schon so ist, also, zum Gesundheitssystem gehören für mich schon in erster Linie die Fachkräfte im medizinischen Bereich, sei es jetzt Physiotherapeuten, Krankenschwestern, Ärzte, Krankenhäuser, diese Einrichtungen.“ (A1, 62-64).

Aus den Ausführungen dieses Arztes, während der er noch auf Yoga, Akupunktur, chinesische Medizin, afrikanische Kräuterméizin u.a. zu sprechen kommt, und ergibt sich, dass die Sichtweise gar nicht so eingeschränkt auf das medizinische Terrain besteht, dass jedoch aus Sicht des Arztes eine gewisse Rangfolge eingehalten werden sollte – vorrangig schulmedizinische Abklärung, daneben ist vieles erlaubt, aber nicht als Teil des Gesundheitssystems:

„Wenn jetzt einer wegen seinem Kopfwéih, was wir eh schon abgeklärt haben, von mir aus das und das probiert, dann soll er das machen. Wenn ihm was hilft, ist es recht. Also so ist dieses Parallelbestehen oder -existieren schon wichtig.“ (A1, 10).

6.2.2 Diskussion

Krankheits- und belastungsbezogene Gesundheitsvorstellungen sind bei den befragten Ärzten in Oberösterreich häufiger anzutreffen als Flick et al (2004) in ihrer Untersuchung für Berliner Ärzten herausfanden. Wenngleich auch oberösterreichische Ärzte sehr häufig mehr als eine Gesundheitsdefinition vorweisen, so ist doch Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit eine Vorstellung, die bei mehr als der Hälfte der Befragten anzutreffen ist. Auf die Präsenz der Vorstellung von Gesundheit als Vakuum (Herzlich, 1973) deutet auch hin, dass in Zusammenhang mit psychischen Problemlagen, die sich über mehrere Generationen

ziehen, Vererbung als Ursache angeführt wird. Soziale Bedingungen, die gleichsam in Frage kämen als Ursache, werden demgegenüber nicht so häufig angeführt. Die soziale Bedingtheit von Krankheit im Sinne der sozialen Ungleichheit (Siegrist, Möller-Leimkühler 2003) spielt in den Überlegungen der Vertreter des ärztlichen Berufes eine untergeordnete Rolle und blitzt lediglich im Falle des bildungsbedingten Ausbrechens aus dem Milieu bei einem langjähriger Vertragsarzt einmal an nachgeordneter Stelle durch:

„Das Erste was mir einfällt ist, am meisten, was weit unterschätzt wird, das sind einmal die Gene. Das heißt, wie jemand geboren wird, weil wenn man wie gesagt drei oder sogar vier Generationen überblickt, es gibt Familien, die werden alle alt und sind nicht oft krank und da haben sicher die Bedingungen, d.h. die Gene ja sind am meisten beteiligt. Dann kommt natürlich die Ernährung von Kindheit an, dann natürlich die Erziehung, das soziale Umfeld und wie die Jugend aufwächst, weil wenn er sieht, dass seit Kindheit, dass Vater und Mutter Rauchen, dass ungesunde Ernährung, Alkohol, Fett usw. dann wird er wahrscheinlich dieselbe Schiene wieder einschlagen, das überblicke ich schon seit Generationen. Aber, ah und dann kommt natürlich, kommt dann die Schulbildung dazu ah, was für einen Beruf derjenige einschlägt, weil es doch so ist, dass die, die bessere Chancen haben bei der Ausbildung, dass die sich anderes ernähren in vielen Fällen.“ (A6, 74)

Bemerkenswert ist eine neue Konstellation, die in den bisherigen Forschungen noch nicht erwähnt wurde, und die als Krank-sein in Anwesenheit von Gesundheit bezeichnet werden kann. Es zeigt sich in diesen Schilderungen erneut, dass das Vorliegen von Gesundheit/Krankheit sehr stark von Laborbefunden und dergleichen abgeleitet wird: Menschen mit psychosomatischen Beschwerden, bei denen keine zusätzlichen organisch-chemischen Auffälligkeiten gefunden werden, sind nach diesem Verständnis „eigentlich gesund“.

Die umgekehrte Konstellation, nämlich „Gesundheit in Anwesenheit von Krankheit“ (Flick 2004, S. 66), betrifft sozial-funktional orientierte Gesundheitsvorstellungen. Hier fällt auf, dass die Vorstellungen von Gesundheit als Flexibilität dominieren, die dadurch gekennzeichnet sind, „dass mit Gesundheit die Flexibilität des Patienten bezeichnet wird, sich seinen Einschränkungen und Gebrechen anzupassen und damit leben zu lernen“ (Flick et al. 2004, S. 66). Die positive Bestimmung von Gesundheit als Funktionalität und Leistungsfähigkeit wird demgegenüber nur einmal genannt.

Bei den gesundheitswissenschaftlich orientierten Gesundheitsvorstellungen, wo Gesundheit positiv bestimmt wird, überwiegen Konstruktionen rund um Wohlbefinden und Zufriedenheit, wobei die psychische Komponente betont wird. Deutlich erkennbar ist der Einfluss der WHO-Definition von Gesundheit, die sechs Ärzte ansprechen. Aber auch ohne expliziten Bezug auf die WHO-Definition gelangt ein Teil der Ärzte zu einem sehr umfassenden, positiven Gesundheitsbegriff, wie etwa Arzt vier:

„Ich verbinde mit dem Begriff Gesundheit vor allem ah- einmal den Zustand des sich Wohlfühlens und da gehört eben nicht nur die, die medizinische und körperliche Gesundheit sondern da gehört auch die geistige Gesundheit d.h. dass ich mit meiner Arbeit zufrieden bin, dass ich mit der Familie, in der ich lebe, dass ich da keine wesentlichen Problem habe, das gehört alles zu Gesundheit dazu und dass man sich jeden Tag wann man aufsteht ah- freuen kann, dass man sich ohne Schmerzen bewegen kann und seiner Arbeit nachgehen kann, das ist für mich Gesundheit...“ (A4, 57).

Interessanterweise liegt gerade bei diesem Arzt, der eine der aktivsten und differenziertesten Definitionen von Gesundheit schildert, eine eigene biographische Betroffenheit durch einen früheren Unfall vor (um die Anonymität zu wahren, wurden die inhaltlichen Angaben durch eine Variable ersetzt):

„Ich habe selber gesundheitlich ein paar Probleme weil ich also [Angabe Ereignis] hatte. Ich habe mir einmal fast [Angabe Ereignis] gebrochen, d.h. ich bin mit Glück einem Genickbruch entkommen, bei einem [Angabe Ereignis] und vor zehn Jahren habe ich [Angabe Ereignis] gehabt, wo ich [Angabe Ereignis] habe und das sind alles Dinge die, die mich jetzt nicht mehr wesentlich beeinflussen, ich meine, klar beeinträchtigt das, aber das ist für mich nicht mehr wichtig, ja, wichtig ist für mich einfach, dass mir nach wie vor die Arbeit Spaß macht und dass ich jeden Tag ohne Schmerzen aufstehen kann und das ich mich freue, dass ich gehen und laufen und, und, und arbeiten kann und somit fühle ich mich gesund, aus, fertig. Und um das zu erhalten muss man natürlich etwas tun und da muss man den Patienten auch entsprechend, wenn er selber nicht darauf kommt, motivieren. Das ist es glaube ich.“ (A4, 59).

Hier bedurfte es also der Erfahrung der drohenden Krankheit bzw. Behinderung, um Gesundheit aktiv ins Bewusstsein zu rufen. Dieser Arzt ist auch der einzige der auf Gesundheit als Reservoir, als Ressource zu sprechen kam, für deren Erhaltung man vorsorglich etwas tun sollte. Bei den von Flick et al (2004) befragten 32 Ärzten aus Berlin und Hannover wiesen drei eine Vorstellung von Gesundheit als Ressource auf.

Für einen Arzt, der bei der gezielten Frage nach seinem Gesundheitsbegriff die WHO-Definition auch inhaltlich ausführt und auch die Komplexität von Gesundheit anspricht, gibt es an anderer Stelle im Interview Gesundheit trotz Betonung des sozialen Umfeldes u.dgl. Gesundheit am Ende doch nur in Anführungszeichen:

„Ich glaube, dass ich als Medizinstudent sicher noch eine andere Vorstellung gehabt habe, da habe ich ein sehr eingeschränktes Bild gehabt, aber nachdem ich jetzt zwanzig Jahre Arzt bin und ich meine, da lernt man schon – gerade als Hausarzt – dass da mehr dahinter steckt als wie nur der, der chemische Blutbefund ... ich sehe auch die Familie, ich sehe das soziale Umfeld, ich kenne die meisten Patienten auch privat und da kann ich wirklich sagen, dem geht es gut oder da habe ich das Gefühl der ist gesund in Anführungszeichen“. (A5, 48)

Es konnte mit der vorliegenden Untersuchung gezeigt werden, dass Ärzte keineswegs unisono einem krankheitsorientierten Gesundheitsverständnis zugerechnet werden können. Im Gegenteil: gesundheitswissenschaftlich orientierte Gesundheitsvorstellungen liegen bei zehn von dreizehn Befragten vor. Viele der Befragten schilderten auch mehr als einen Gesundheitsbegriff und lediglich ein einziger Arzt ist ausschließlich dem medizinischen Modell zuzurechnen.

Diese Ergebnisse decken sich auch mit der Spannweite an Gesundheitstheorien, die Faltermaier bei Erwachsenen fand, deren dynamische Vorstellungen von Gesundheit er als Schicksalstheorien, Risikotheorien, Ressourcentheorien, Balancetheorien und psychosomatische Gleichgewichtstheorien erkannte (Faltermaier et al. 1999).

Insgesamt deuten die Ergebnisse auf eine – mehr oder weniger bewusste – Abgrenzung eines „privaten“ Gesundheitsbegriffes und eines für die berufliche Tätigkeit handlungsrelevanten Gesundheitsbegriffes:

„Ach Gott, da kann man natürlich, wir haben vor kurzem darüber geredet in einem Seminar die WHO-Definition hernehmen, na gut, da bin ich natürlich für das soziale und finanzielle Umfeld ja nicht zuständig. Da kann ich ja nichts beeinflussen, nicht? Ich kann nur den Bereich beeinflussen, den Gesundheit aus der medizinischen Sicht ausmacht. Ja, und zur Gesundheit gehört, Gesundheit ist ja mehr als nur ein gut funktionierender Kreislauf, ein funktionierender Stoffwechsel. Gesundheit ist ja auch, für mich ist Gesundheit ah- sozusagen Zufriedenheit, ist ein wichtiger Teil der Gesundheit. Zufrieden mit meiner Position, das Annehmen können dessen, wo ich bin und wo ich stehe und da kann man halt dem Patienten gelegentlich helfen.“ (A12, 59)

Eine rein biomedizinische Sichtweise von Gesundheit/Krankheit liegt bei oberösterreichischen Ärzten kaum vor, die subjektiven Gesundheitsvorstellungen sind jedoch recht unterschiedlich und reichen von doch sehr medizinisch geprägten Vorstellungen bis zu aktiven, umfassenden Begriffen, die das Körperliche, das Psychische und das Soziale einschließen.

6.3 Das Rollenverständnis und aktuelle Tätigkeitsprofil oberösterreichischer Hausärzte

6.3.1 Wie oberösterreichische Hausärzte ihre Rolle sehen

Aussagen zu ihrem eigenen Rollenverständnis machten die befragten Ärzte immer wieder während der Interviews. Vom Fragebogen zielten vor allem die Fragen eins „Wie würden Sie die Tätigkeit – die Aufgabe – die ein Hausarzt hat, ganz allgemein beschreiben?“ und zwei „Was sind die häufigsten Anliegen, mit denen die Menschen in die Hausarztpraxis kommen und wie kann den Leuten dann geholfen werden?“ auf das ärztliche Rollenverständnis in den Funktionen nach Kruse (1995). Auch die Fragen 21 und 23 nach der Rolle des Arztes bei gesund erhaltenden bzw. krank machenden Faktoren wurde in die Auswertung des Rollenverständnisses einbezogen.

Von den befragten dreizehn Ärzten erwähnte jeder einzelne die primärärztliche Funktion. Die haus- und familienärztliche Funktion wurde von neun Ärzten angesprochen (A1, A2, A3, A4, A7, A8, A10, A11, A13), die soziale Integrationsfunktion von vier (A3, A5, A12, A13), die Gesundheitsbildungsfunktion von fünf (A1, A2, A3, A4, A13) und die Koordinierungsfunktion von sechs Ärzten (A1, A3, A4, A9, A10, A12). Ein einziger Arzt kam auf alle fünf Funktionen zu sprechen, ein anderer, einzelner, Arzt äußerte sich ausschließlich zur primärärztlichen Funktion aktiv. Fünf Ärzte nannten zwei Funktionen, davon dreimal die primärärztliche und haus- und familienärztliche Funktion und zweimal die primärärztliche und Gesundheitsbildungsfunktion. Auf drei Funktionen nahmen drei Ärzte aktiv Bezug, wobei die Kombination der Funktionen jeweils unterschiedlich war und bei den drei Ärzten in Summe keine Funktion unberücksichtigt blieb. Weitere drei Ärzte nannten

vier der fünf Funktionen. Ausgelassen wurde dabei zweimal die soziale Integrationsfunktion und einmal die Koordinationsfunktion.

Im Folgenden wird auf Basis des gesamten Interview-Materials dargestellt, was oberösterreichische Hausärzte qualitativ unter der haus- und familienärztlichen Funktion, der sozialen Integrationsfunktion, der Gesundheitsbildungsfunktion und der Koordinierungsfunktion verstehen und wie sie diese realisieren. Auf die Darstellung des Verständnisses von der primärärztlichen Funktion wird verzichtet, da der Erkenntniswert im vorliegenden Zusammenhang gering ist. Sehrwohl finden die Inhalte zur primärärztlichen Tätigkeit Eingang in die Darstellung der häufigsten Tätigkeiten in oberösterreichischen Hausarztpraxen unter Punkt 6.3.2.

Haus- und Familienärztliche Funktion

Die langjährige Kenntnis des Patienten und des familiären Umfeldes sowie die Langzeitbetreuung und –begleitung kennzeichnen die Beschreibung der haus- und familienärztlichen Funktion durch Hausärzte.

„Ein wesentlicher Punkt ist also auch die Familienmedizin. Also, dass man die Patienten der ganzen Familie betreut und man hat sehr viel Vertrauen und man kennt die Familie, ist ganz wesentlich“. (A10, 5)

Das Wissen daraus unterstützt die Anamnese und Diagnostik:

„... ich meine, der unglaubliche Vorteil eines Hausarztes ist, dass er eben den Patienten über Jahre kennt und dass er auch die Familie kennt und das ganze soziale Umfeld kennt und weiß, was er arbeitet, wie er arbeitet, er sieht ihn im Wirtshaus sitzen, wenn er zu dir sagt, er trinkt eh keinen Alkohol und er raucht eh nicht und dann siehst ihn im Wirtshaus sitzen, weißt also auch, was mogelt er dich an. Also ich habe halt einfach das gesamte Umfeld eines Patienten, da tue ich mir viel leichter in der Diagnostik. Und dann muss ich dem Menschen noch zuhören und dann komme ich eigentlich meistens genauso effizient zu meiner Diagnose als drei Tage Krankenhausaufenthalt mit zwanzig apparativen Untersuchungen“. (A1, 104)

„Also ich glaube, dass der Hausarzt in dem Sinn schon wesentliche Funktion hat, wenn er eben eine ganze Familie oder einen Familienverband kennt, weil man da sehr viel herausholen kann, als wenn also dann irgendwer wahllos zu einem Praktiker geht und du über den Hintergrund nicht Bescheid weißt. Ah, je länger ich die Arbeit mache, desto mehr komme ich drauf, wie wichtig das ist... oder chronisch Erkrankten wie ein Diabetiker, wo man dann auch schon ah natürlich bei den Jüngeren weiß, dass also oder achtet, dass also da gewisse Risikofaktoren frühzeitig

erkannt werden. Also das sehe ich primär als die vornehmste Aufgabe des Hausarztes an und das ist vielleicht auch die Stärke, wenn man Hausarzt ist, dass man da in dieser Richtung sehr viel mehr machen kann als irgendein Facharzt, der ja meistens nur also einen kleinen Ausschnitt sieht“. (A4, 1)

Auffällig ist, dass acht Ärzte die familienärztliche Funktion in Zusammenhang mit psychischen Problemen oder psychischer Unterstützung bei sozialen Problemen thematisieren (A2, A4, A6, A7, A8, A9, A12, A13). Dabei reicht der Bogen von „Vermitteln zwischen Familienangehörigen“ (A2), über die Erkenntnis, dass sich psychische Problemlagen durch Generationen ziehen (A6, A7, A9, A12), bis hin zu Depression und den Folgen von Alkoholmissbrauch und Missbrauch (A9).

„Die sozialen Gegebenheiten sind schwer veränderbar, meistens. Wenn der jetzt da in einer Alkoholikerfamilie lebt, oder wo der Mann das Kind, die Tochter, missbraucht etc., also ja, sehr schwierig. ... Erstens einmal sind die Patienten dann nicht mehr erreichbar, die gehen dann nicht mehr zu mir, ist eh ganz klar, die gehen zu einem anderen Kollegen ... und darum gilt es die Sachen möglichst hinten zu halten und vielleicht doch zu schauen ja, also die Frauen in der Hinsicht psychisch zu unterstützen oder psychologisch, ja, um denen eine möglichst große Hilfe angedeihen zu lassen.“ (A9, 150).

Gesellschaftliche Veränderungen schlagen sich auch in einer veränderten haus- und familienärztlichen Rolle nieder.

„Ich bin jetzt über zwanzig Jahre in der Praxis und da hat am Beginn war das irgendwie so, da sind alle zwei zum Arzt gegangen hauptsächlich. Jetzt gibt es sogar Familiensplitting, wo die Kinder ganz wo anders sind wie ihre Eltern ... Aber sonst betreue ich jetzt schon immer wieder relativ viele von Praxisbeginn bis jetzt. Aber es hat sich auch ein bisschen etwas geändert, eigentlich sind viel die Scheidungen und Einkindfamilien usw.“ (A2, 5)

Ebenso hatte die Entwicklung in der Medizin Auswirkungen auf den Haus- und Familienarzt, da durch den Ausbau der Kinderfachärzte, die (Klein-)Kinder einer Familie nur mehr zum Teil beim Hausarzt betreut werden. Drei Ärzte erwähnten dies während des Interviews, zwei davon mit einem Ausdruck des Bedauerns.

„Durch die Facharztdichte der Kinderfachärzte ist es so, dass wir eigentlich sehr viele Kinder am Freitag haben, weil die Leute am Freitag keinen Facharzttermin mehr bekommen, na, und einige Termine haben wir unter der Woche weil sie keinen Facharzttermin haben und da hat man wieder dieses Graue, diese 30%, die da sagen, das ist mein Hausarzt, zu dem gehe ich hin. Es ist ja nicht so, dass ich sage, ich habe jetzt meine kleinen Kinder nicht mehr. Aber frühe hatte ich alle oder fast alle

oder wenn sie nicht bei mir waren, dann waren sie beim Dr. [Name] in der Nebengemeinde oder beim Dr. [Name] in der Nebengemeinde. Sie waren bei den Praktikern und jetzt haben wir Facharztdichte, ja.“ (A12, 7)

Soziale Integrationsfunktion

Über die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit hinaus, beschreibt nur eine Minderheit (fünf von dreizehn) oberösterreichischer Hausärzte Inhalte, die der sozialen Integrationsfunktion zugerechnet werden können. Ein Arzt bedauert, dass Hausärzte zunehmend auf solche „bescheinigenden“ Tätigkeiten reduziert werden:

„Das heißt, diese zentrale Stelle hat man vielleicht für 30 bis maximal 40% meiner Patienten noch. Für die anderen bin ich die Stelle, den man braucht, damit man AU geschrieben wird und die Stelle, damit man Pflegeurlaub bekommt, die Stelle, die man braucht für alle möglichen Atteste, Finanzamt und, und, und. Das was der Hausarzt, diese beratende Funktion, die ist, das ist wo man sagt, das wäre gescheit und das, das ist glaube ich auch die Zeit und ich denke die Politik trägt eben noch Enormes dazu bei und Facharzt für Allgemeinmedizin jetzt, na, wir sind nur mehr Fachärzte und der praktische Arzt, wie es früher war, der hat sich glaube ich überlebt.“ (A12, 3).

(Anmerkung: AU steht für arbeitsunfähig)

Ärzte, welche die soziale Integrationsfunktion inhaltlich beschreiben, nennen hauptsächlich die Vermittlung sozialer Dienste wie Hauskrankenpflege, Altenhilfe, Essen auf Rädern, Familienberatungsstelle bei Scheidungen.

„Ah, die Tätigkeiten, die man sonst noch macht, sind die ganzen Organisationstätigkeiten für die mobilen Dienste, das Koordinieren, das ist auch was, das ganz außerhalb jetzt einer rein medizinischen Tätigkeit anfällt.“ (A2, 78)

„... und erst, glaube ich, in zweiter Linien macht man dann auch irgendwelche organisatorische Hilfeleistung, dass man eben behilflich ist bei diversen Formularen ausfüllen oder, oder einen Termin vereinbaren oder das sehe ich eher als, als, als Service sozusagen. Das mache ich halt so nebenbei und, und meistens umsonst - also das ist natürlich unbezahlbar, das macht man halt als Service und das gehört genauso dazu zu unserer, zu unserer Funktion als Hausarzt.“ (A5, 5).

Manchmal geht es auch um Vermittlung sozialer Dienste an Menschen, die ihren Bedarf dafür (noch) nicht erkannt haben:

„... also soziale Dienste, da muss man die Patienten oft überreden dazu und manchmal sind sie auch dann sehr dankbar gleich beim ersten Ansprechen, dass es so etwas gibt und dass man das in Anspruch nehmen könnte und dass das wirklich eine Hilfe wäre für sie.“ (A13, 19)

Ein Arzt beschreibt auch einen Rollenkonflikt zwischen der primärärztlichen Funktion und der sozialen Integrationsfunktion:

„Gestern ist also eine Türkenfrau, die nicht deutsch spricht, mit ihrem Sohn gekommen. Ja, sie ist krank, ist klar. Ich kenne die Familie. Der Vater, der muss wieder arbeiten, der war eh in einer Firma, wo sie die Leute ausstellen und der hat, der muss arbeiten, das geht nicht anders. Also der Filius, der hat gesagt, er hat Kopfweg, er braucht auch einen Tag Krankenstand. Ich weiß ganz genau, dass der zu Hause geblieben ist, weil er mit der Mama zum Arzt gehen muss.“ (A10, 163)

Gesundheitsbildungsfunktion

Mehrere Fragen sprechen direkt eine Beratung durch den Arzt an (Frage 5 und Frage 11) sodass sich in jedem Interview Angaben dazu finden. Die Bandbreite reicht dabei von Ärzten, die auch bei diesen Fragen sehr im biomedizinischen Bereich bleiben und für die die Gesundenuntersuchung der einzige Bezug zu Gesundheitsbildung ist, bis hin zu Ärzten, welche zu bestimmten Themen von sich aus in die Gesundheitsberatung einsteigen.

Ein typischer Vertreter der sehr im biomedizinischen Bereich bleibenden Gruppe ist Arzt 1, bei dem die ärztliche Beratung stets bei schon manifesten Problemen zum Thema wird. Die Konsequenz aus der Gesundenuntersuchung ist bei diesem Arzt auch zu schauen, welche weiteren Untersuchungen/Kontrollen zu empfehlen sind.

„Ja, eh wie schon gesagt, in erster Linie bei den Gesundenuntersuchungen kann man das besprechen, dort nimmt man sich die Zeit dafür und und man spricht eben über diese prophylaktischen Maßnahmen, Lebensstiländerungen und was wäre wenn und welche Untersuchungen werden empfohlen, wann durchzuführen, vorsorgetechnisch. Ja. Natürlich auch immer wieder in der Ordination also im Gespräch, wie es sich halt ergibt.“ (A1, 55)

Dieser Arzt spricht an, dass auch der Hausarzt „die Gesunden“ schwer erreicht:

„Bewerben tu ich es überhaupt nicht, weil ich von dieser Gesundenuntersuchung, auch von dieser neuen, eigentlich noch weniger halte wie von der alten und das bei mir eigentlich eh im Gespräch so nebenher geht. Sinnvoll ist das vielleicht für für jene, die wirklich scheinbar gesund sind und nie zum Doktor gehen, wenn die mit dem Vorhaben kommen eben, dann machen wir das auch. Aber die kann ich eh nicht einladen, weil die sind ja sonst eh nicht da. Aber meine Stammkunden oder die, die ich regelmäßig sehe, brauche ich nicht einladen, weil die habe ich eh so auch überprüft und da schaue ich ja trotzdem drauf, also. Die Mammographie biete ich ja

jetzt nicht nur bei der Vorsorgeuntersuchung empfehle ich das, sondern das empfehle ich halt bei jeder Frau, die da sitzt und wenn man halt die gesamt, ein bisschen plaudern soll und hast eigentlich schon einmal eine Gesundenuntersuchung gemacht, aaa, hast schon einmal eine Mammographie gemacht. Oder haben wir schon einmal ein Lungenröntgen gemacht oder so irgend etwas. Also das machen wir eh ohnehin so. Und ja, also das - wie es sich ergibt.“ (A1, 58).

Arzt zwei verweist darauf, dass er früher mehr gemacht habe betreffend Gesundheitsberatung - nämlich Ernährungsberatung bei Diabetes, was erstens auch auf eine Krankheitsorientierung verweist und zweitens auch die Schwierigkeiten beim Anstoßen von Verhaltensänderungen anspricht:

„Weil die Leute mir das alle nicht geglaubt haben. Ganz schlicht und ergreifend. Und sonst gib ich schon Lebererkrankungen also die ganze Alkoholgeschichte soweit man die in den Griff kriegen kann. Da red ich schon mit den Leuten. Hohes Cholesterin ja auch - die Leute sehen die ganz einfachen Dinge leider nicht so gerne wie die (*lacht*) wenn man sagt einfach ein bisschen weniger tierische Fette, dann ist das keine solche ... Empfehlung wie wenn man die ganze Zeit nur Bambus essen würde – ich sage jetzt das Extrem. Aber so - das mach ich schon. Mit wechselndem Erfolg. Und wenn es wirklich speziell um was geht dann schick ich sie schon zu den Diätassistenten. Weil die hat dann auch wieder einen anderen Stellenwert.“ (A2, 63)

Motivationsprobleme sind bei vielen Ärzten Thema, wenn es um Lifestyle-Modifikation geht:

„...wenn die Leute mit dem Rücken, mit Nackenbeschwerden kommen, dass man ihnen erklärt, dass ich brauche jetzt Massagen, ich brauch jetzt Massagen, dass man denen sagt – das ist ein gutes Beispiel: wenn ich einen Sohn habe, der mit dem Geld nicht umgehen kann und ich habe eine Eigentumswohnung gekauft und habe ihn mit Geld ausgestattet und auf einmal höre ich, dass die Eigentumswohnung zum Verkauf ausgeschrieben ist, weil er sein Konto so überzogen hat, dass er sie nicht mehr zahlen kann, dann wird mein Sohn nicht lernen mit Geld umzugehen, weil ich ihm jetzt seine Schulden zahle. Und so ähnlich ist es, wenn du zu einem Masseur gehst und dir deine Verspannungen wegmassieren lässt, dann wirst du nicht lernen und dein Körper wird nicht lernen, was muss ich tun, damit ich keine Verspannungen mehr bekomme. Sondern du musst wohin gehen, wo dir wer lernt, was du tun musst und das musst du dann auch tun und du musst aber auch ein halbes Jahr was tun, ohne dass man einen Benefit hast, da gehst Du ein halbes Jahr tust du trainieren und sagst und es ist überhaupt nichts anders, bevor du den Erfolg hast, ja und so macht man halt das, versucht man die Leute zu motivieren...

...redet man dem Patienten zu, nur gilt für Patienten das Gleiche was für mich gilt, aber auch höchst wahrscheinlich auch für Sie, ah- man sitzt in der Kirche und gelobt der Mutter Gottes ein schönes Bild und alles würde man tun, wenn bitte diese Prüfung vorbeigeht. Geht diese Prüfung vorbei und man ist aus der Kirche draußen, hat man schon längst wieder vergessen was man versprochen hat und man lebt so

weiter wie vorher. Und das ist halt das Schicksal oder wie es so schön heißt, es muss der Leidensdruck so groß werden, dass man was tut.“ A12, 51

Ein Arzt hat die Gesundheitsbildungsfunktion quasi arbeitsteilig ausgelagert in die Praxis der Gattin, welche die Gesundenuntersuchungen durchführt. Die Gesundheitsbildungsfunktion wird beschrieben als beratende Funktion des Arztes aufgrund seines besseren Wissens, damit sich der Patient „im Dschungel der Aussagen und des Wissens, dass er einigermaßen sich zurecht findet, und sich dann selber, zuerst einmal selber ein Bild machen kann über seine Situation und die Dinge, die er halt selber ändern kann.“ (A3, 86)

Es kristallisiert sich eine weitere Gruppe von Ärzten (A4, A7, A10) heraus, welche ausgewählte Gebiete der Gesundheitsberatung aktiv vertiefen und auf Fragen des Lebensstils zu sprechen kommen. Ernährung, Bewegung, Rauchen, Erkältungen, Rücken- und Gelenks-Turnen sind dabei die Inhalte und viele Ärzte kommen beim Thema Prävention früher oder später auf die psychische Gesundheit zu sprechen. Beratungsanlass ist in den allermeisten Fällen jedoch ein Risikofaktor oder eine Krankheit bzw. Krankheitsvorstufe.

Arzt 4 und 7 verwenden neben dem Beratungsgespräch auch schriftliche Informationen als Unterstützung, die direkt während der Beratung von ihnen ausgedruckt werden und es wird auch dokumentiert, dass der Patient das erhalten hat. Als Beispiel wird ein Infozept Ernährung und Bewegung bei Diabetes während des Interviews am Bildschirm gezeigt. Diese Infozepte werden teilweise von der Ärztekammer zur Verfügung gestellt, teilweise auch selber erstellt. Weitere Beispiele sind cholesterinarme Diät, Gichtanfall, Halsweh (Hausmittel). Am Beispiel Raucherentwöhnung, die auch auf diese Weise unterstützt wird (das während des Interviews vom Arzt übergebene Beispiel-Infozept zum Thema Raucherentwöhnung befindet sich im Anhang), werden auch die Erfolgchancen beschrieben.

„...z.B. da hier die Raucherentwöhnung, das ist etwas, was ich also sehr, sehr häufig, sehr häufig den Patienten mitgebe, wenn ich also ein erstes Gespräch führe, wie er am besten mit dem Rauchen aufhört. Das gelingt natürlich nicht immer, aber ich muss sagen, ich habe also schon maligne Raucher zum Aufhören bewegt und ah – und ah, und da ist also das als Einstieg z.B. ist das manchmal ganz gut“. (A4, 29)

Arzt 7 schildert gute Erfahrungen mit den so genannten „schlau Blättern“, außer es handelt sich um körperliche Aktivität, wie zum Beispiel Kniegelenksturnen, das werde nicht befolgt.

Arzt 4 verfolgt dabei einen Ansatz, mit dem er auch Gesunde erreichen will, denn er spricht junge Menschen gezielt auf Gesundheit an – dies allerdings im Rahmen der Gesundenuntersuchung:

„...und das zweite ist, ah- ah- oder das ist auch vielleicht etwas, das wir hier bei uns in der Praxis sehr forcieren, das sind Vorsorge und Vorsorgeuntersuchungen. Also ich fange eigentlich schon relativ bald an also bei jungen Patienten, sie so zu sagen darauf zu drillen, dass sie auf ihre Gesundheit schauen und wir machen sicher überdurchschnittlich viele Vorsorgeuntersuchungen im Vergleich zu anderen Kollegen. Auch wiederum tun wir uns da leicht, weil da meine Frau natürlich wesentlich tätig und eingebunden ist. Aber das finde ich auch ganz, ganz entscheidend und ganz, ganz wichtig.“ (A4, 55)

Es gibt auch eine Gruppe von Ärzten, welche die Verhaltensempfehlungen (sei es betreffend die Krankheit, sei es betreffend die Gesundheit) nur in Zusammenhang mit der Gesundenuntersuchung sehen.

„Ja, Verhaltensempfehlungen in, durchaus und gerade in der Vorsorgemedizin erst recht. Also gerade wenn man eben eine Gesundenuntersuchungen macht oder wenn man eben wirklich sagt, was kannst du in deinem Leben ändern, da gibt man eben Verhaltensempfehlungen, aber wenn man wirklich eine Erkrankung, einen Kranken hat, ist die hauptsächliche Empfehlung, dass er die Therapie richtig umsetzt, gell, und sicher sage ich ihm dann, bitte – ich habe gerade einen Landwirt wieder heute - Ruhe geben, schonen und so – das, ich glaube, das ist so automatisch schon drinnen, ich meine, dass man einfach sagt ‚Ruhe geben‘ und dass ich da jetzt kategorisch irgendwie jetzt sagen kann, wo gebe ich welche Empfehlungen... Aber es ist sicher in der Vorsorgemedizin, sicher eher dass man da das macht, ja.“ (A5, 19)

Andere Ärzte wiederum vermitteln ein Bild, in dem der Arzt/die Arztpraxis für die Behandlung und Kuration da ist, die Gesundenuntersuchung ist davon ein Teil und Beratung findet bei Vorliegen einer Erkrankung statt, wobei die Schwierigkeit der Verhaltensmodifikation betont wird.

„Ja, das ist, nach 30 Jahren Praxis ist man soweit, dass man weiß, dass manche Patienten, also man sie nicht motivieren kann. Hauptsächlich bei Ernährung, Nikotin, Alkohol. Der Patient weiß das zwar, aber er bringt es nicht zu Stande, dass er eben besser, richtiger, lebt.“ (A6, 18).

Auch Arzt 7 thematisiert das Motivationsproblem und stellt sich auf den Standpunkt, dass Empfehlungen betreffen die Gesundheit vom Arzt einmal angeboten werden, bei Nichtakzeptanz des Patienten aber nicht weiterverfolgt werden.

„Wenn es Sinn macht. Wenn ich weiß, das ist ein Sünder oder er ist bekennender Raucher und sagt mir offen ins Gesicht – ich kann nicht aufhören ... einen habe ich, der hat einen bomben Herzinferkt gehabt, der kann nicht aufhören, der muss weiterrauen, na. Ok, ich habe zu ihm gesagt, das ist ihr Risiko, das heißt nicht, dass ich sie nicht behandle, aber, aber ich kann nicht alles machen, oder verhüten was passiert, na. Oder auch bei Diabetikern, na, manchmal gehe ich provokant in eine ganz bestimmten Konditorei, wo eine Gruppe alter Damen sitzt, die dann zur Salzsäure erstarren, wenn ich vorbei gehe [Lachen], das sind solche Sachen die ja, die gehören nicht zur Therapie dazu, aber was manchmal gar nicht schlecht ist, wenn man zwei Fliegen auf einen Schlag erwischt, nicht? Das, ja, und wenn es ... sind oder Junge zur Gesundheitsvorsorge und wenn ich dann sage, pass auf: du hast die und die Befunde, du wirst in so und so vielen Jahren so ausschauen, mit neunzigprozentiger Wahrscheinlichkeit ah- das ist keine Frage des Tempos sondern der Konsequenz, der Kontinuität das und das zu machen ... ich predige nicht dreimal.“ (A7, 47).

Ganz anders stellt es sich für Arzt 8 dar, bei dem Verhaltensempfehlungen Teil der Therapie sind, wenn es um Krankheiten geht:

„Ah - Verhaltensempfehlungen gibt es praktisch in fast allen Fällen, das ist eigentlich ein Teil der Therapie, ah- ich bin keiner der Tabletten in die Hand drückt und sagt, so das nimmst du und dann wird es wieder recht, sondern das gehört zu jeder Krankheit das richtige Verhalten dazu. Sonst ist einfach die Heilung nicht gewährleistet und das betrifft meiner Meinung nach zumindest 99% der Fälle. Das ist ah-selbstverständlich. Außer es kommt wer rein nur zu einer ja, weiß ich nicht, wenn ein Baby abgewogen wird um das Gedeihen zu kontrollieren und das passt, brauche ich nichts sagen. Das ist klar, aber sonst – ist es selbstverständlich.“ A8, 11

Auch betreffend die Gesundheit wird die Gesundheitsbildung, sowohl beim individuellen Patientenkontakt als auch im Rahmen von Vorträgen, sehr bedeutsam eingeschätzt und durchgeführt.

„Sehr häufig und sehr intensiv, ich bin ein fast militanter Nichtraucher und ah- gerade auf dem Gebiet, grundsätzlich bei der Jugend schon beginnend, wo also der Einstieg erfolgt, nehme ich jeden noch so geringen Anlass her ah- und rate möglichst eindringlich vom Rauchen ab. Bei anderen sowieso, sobald er mit der ersten, zweiten Bronchitis kommt, die Frage nach dem Rauchen gehört obligat dazu. Selbstverständlich Alkoholmissbrauch, wo immer er auftritt, gehört genauso betreut und dann natürlich Ernährungsberatung, das ist auch ein Präventivfach, das sehr intensiv genutzt und betreut wird. Und dann wie schon erwähnt, wenn Wirbelschäden oder

Schäden im orthopädischen Bereich sind, gibt man halt auch Ratschläge in punkto Bewegung, Sport, richtige Sportart und Tragen, Heben, ja.“ (A8, 56)

Arzt 8 kann als Kritiker des Gesundenuntersuchungsprogramms, der die Gesundheitsbildungsfunktion aktiv wahrnimmt, charakterisiert werden. Er streicht auch die Vorbildwirkung des Arztes heraus.

„Also man muss da schon selber auch mit seinem eigenen Ich überzeugt dahinter sein, sonst läuft das nicht. Genauso ist es für mich auch in anderen Bereichen, ich denke mir immer, ein Arzt der selber raucht, wird es schwer haben, seine Patienten zu Nichtrauchern zu erziehen. Ein Arzt, der selber sich um seine eigene Gesundheit nicht kümmert, wird es schwer haben, das Selbe von den Patienten zu verlangen. Also eine gewisse Vorbildwirkung ist da auch noch wesentlich.“ A8, 101

Ebenso Arzt 9, der während des gesamten Interviews nicht auf die Gesundenuntersuchung zu sprechen kommt und viel Wert auf das Gespräch legt.

„Also ich mache sehr viel, ich rede sehr viel. Ich höre oft von den Leuten, dass ich ein Mensch bin, mit dem man viel reden kann und, und dass sie sehr zufrieden sind. Ach, Verhaltensmaßnahmen, ist eh ganz klar, das kommt jetzt auf die Krankheit darauf an“. A 9, 47.

Sowohl bei Arzt 8 als auch bei Arzt 9 liegt der Anknüpfungspunkt für die Gesundheitsbildung bei Risikofaktoren oder Krankheiten, egal, ob nach Verhaltensempfehlungen betreffend die Krankheit (Frage 5) oder Empfehlungen für die Gesundheit (Frage 11) gefragt wird.

Empfehlungen betreffend die Gesundheit sehen Arzt 6 und Arzt 13 im Rahmen von Vorträgen angesiedelt und nicht in der Ordination. Die Inhalte solcher Vorträge knüpfen meist bei bestimmten Organen oder Krankheiten an.

„Ja, das macht man meistens so im Rahmen von irgendwelchen Vorträgen. Also nicht so einzeln in der Ordination sondern in Vorträgen, Gesundheitsvorträgen in der Gemeinde ... Ja, da war z.B. Magen-Darmtrakt, Herzinfarkte, spezielle Herzinfarkte z.B. bei Frauen, Osteoporose haben wir einmal gehabt, Demenz haben wir gehabt ja. So durch die Bank. Von den Organen her ein bisschen gestreift.“ (A13, 55, 60).

Koordinierungsfunktion

Arzt 1 hält die Koordinierungsfunktion für die mittlerweile wichtigste Aufgabe des Hausarztes, wobei eine aktive, auch andere Instanzen korrigierende, Haltung eingenommen wird:

„Zu koordinieren und schauen, was Krankenhäuser, Fachärzte und so weiter richtig oder falsch machen, wo für ihn das jeweils Beste und die jeweils beste Versorgungseinheit wäre. Ich glaube, die Leitfunktion ist fast die Wichtigste, derzeit.“ (A1, 1).

Arzt 3 und 4 betonen aktiv die Einbeziehung und Beratung der Angehörigen:

„Das zweite ist dann die, die, sage ich einmal, die, die Betreuung chronisch Kranker. Jetzt auch in der Einschätzung, nicht nur medikamentösen Betreuung, sondern Einschätzung, Beratung oder Hilfsmittelberatung der Angehörigen. Das nimmt meiner Meinung nach schon immer wieder einen sehr großen Stellenwert ein“. (A3, 34)

„und dass man vor allem auch dann wirklich die Angehörigen einbindet in die, in die Therapie, sei's dass man Ihnen sagt: der Oma, dass sie mehr trinken soll oder fordert sie auf, mehr zu trinken. Wenn ich das also nicht mache, dann wird die irgendwann einmal exigieren, das sieht man ja vor allem im Sommer wirklich sehr häufig. Wenn man die Angehörigen da irgendwie darauf hinweist, dann ist das meistens also kein Problem und das sind so an und für sich Kleinigkeiten, an die man denken sollte und drum, wenn man das macht, eine wesentlich bessere Therapie machen kann, als wenn man das also nicht einbezieht. Also das, das Einbeziehen der, der Familie ist, glaube ich, grad in heutiger Zeit immer wichtiger, weil's ja immer weniger Familien gibt, wo also mehrere Generationen unter einem Dach wohnen, wo einer um den anderen schaut, ja. Heute ist ja hauptsächlich – ja – also das Single-Dasein und eine Familie und der Opa, wenn er pflegebedürftig ist, ist also im Heim. Und, und also genau das also hinten zu halten oder zu schauen, dass man das also irgendwie anders managed ist glaube schon auch mit unsere Aufgabe und, und man muss das also auch rechtzeitig machen. Also es ist zu spät, wenn der pflegebedürftig ist, sich dann erst Gedanken zu machen, was mache ich denn, sondern man muss das also rechtzeitig machen und je besser man das macht, desto leichter geht's. Das ist überhaupt keine Frage, das ist also bei chronischen Erkrankungen, die nicht ernstlich verlaufen, genauso wichtig, wie z.B. bei malignen Erkrankungen und da ganz besonders: nachdem ich also Palliativmedizin betreibe und das also auch ein, eigentlich ein Schwerpunkt in meiner Praxis ist, lege ich also da großen Wert drauf.“ (A4, 3)

Arzt 13 bezeichnet die Zusammenarbeit mit mobilen Schwestern und Hilfsdiensten zwar als „externen Bereich“, schildert aber sehr praktisch, wie die ärztlich Koordinierungsfunktion im Alltag Gestalt annimmt:

„Und eben der ganze Bereich der externe Bereich wo ah- Haushaltshilfen, Familienbetreuung, Altenpflegehilfe, mobile Schwestern auch manchmal sogar organisieren, wenn wir halt wirklich eine Mutter ins Spital schicken, dass dort die Familienhilfe hinkommt, die Kinder betreut sind. Vielleicht bei älteren Leuten, wo man merkt, die essen kaum mehr etwas, dass man denen einmal Essen auf Rädern

bestellt, mit denen das ausmacht dass, dass man das einfach, dass das aufliegt, dass man das auch einmal beziehen könnte, zumindest probeweise, ha, ha - das Einsehen ist oft nicht so leicht.“ (A13, 48)

Die folgende Tabelle zeigt, welche Personen und Institutionen bei der Frage nach der Zusammenarbeit mit Anderen genannt werden (Frage 8):

Kooperationen der Hausarztpraxis

Arzt Nr.	Zusammenarbeit mit	von sich aus genannt	bei Frage 8 genannt	Anmerkung
1	Ordinationspersonal (Krankenschwester)		X	
	Hauskrankenpflege Rotes Kreuz		X	
	Kollegenschaft (nicht wirklich Zusammenarbeit – Kommunikation (eher primärärztliche Funktion))		X	
	Spitäler, Fachärzte (eher primärärztliche Funktion)		X	telefonisch, gemeinsame Patientenführung
2	Mobile Dienste		X	
	Mobile Dienste	X		
3	Andere Ärzte: Gattin mit eigener Ordination		x	
	Physiotherapeuten (in lockerer Form)		X	
	Ordinationspersonal		X	
4	Hauskrankenpflege Rotes Kreuz		x	
	Physiotherapeutin im Ort		X	
	Mobiles Palliativteam		X	
5	Keine Kooperationen			
6	Hauskrankenpflege		X	
	Altenhilfe		x	
	Fachärzte		X	
	Krankenhaus in der Umgebung		X	
7	Psychotherapeuten	x		Zieltherapeuten, mit denen gute Erfahrungen vorliegen

	Hauskrankenpflege Rotes Kreuz	x		Echte Erleichterung: Verbandwechsel, Zucker messen
	Vor Ort mit den Patienten meist alleine		X	
	Pro mente		X	Mitkommen um Angehörige von Demenzpatienten zu beraten
8	PhysiotherapeutInnen		x	Fraglich, ob Zusammenarbeit
	Logopädie		x	oder
	Ergotherapie		x	Überweisung? (primärärztliche Funktion)
9	Ziemlich alleine		x	Überweisung zu Fachärzten; vereinzelt Gespräche über Fall
10	Therapieplan überarbeiten nach Spitalsentlassung	x		„Schwerarbeit“
	Gattin macht ärztliche Psychotherapie als Schwerpunkt der Praxis	x		Austausch über Patienten mit Gattin bereichernd
	Sekretärin	X		
	Physiotherapieinstitute		x	Eher nur Überweisung – Qualitätsprobleme/Heilpraktiker
11	Mobile Krankenpflege		X	
	Fachärzte		X	Wenn Rückfragen sind
	Krankenhaus		X	Wenn Rückfragen sind
12	Fachärzte		x	Telefonische Vorbesprechung von Patienten vor Überweisung; Konsiliaris mit Fachärzten
	Physiotherapeuten		x	Patientenbesprechung
13	Fachkollegen		x	Vor Überweisung besprechen
	Physiotherapeuten		X	Unklar, ob reine Zuweisung
	Psychologen – wird immer mehr in Anspruch genommen		X	Unklar, ob reine Zuweisung
	Haushaltshilfen, Familienbetreuung, Altenpflegehilfe, mobile Schwestern		x	

Abb. 20: Kooperationen der Hausarztpraxis; eigene Darstellung

Zwei Ärzte sehen sich hier ziemlich auf sich gestellt und sagen, dass sie bei ihrer Tätigkeit keine Kooperationen haben. Die Überweisungstätigkeit, ohne spezifische Koordinierung, ist der primärärztlichen Funktion zuzurechnen. Kooperationen innerhalb des Teams in der Arztpraxis sind wichtig, gehören aber zur Betriebsorganisation und nicht zur Koordinierungsfunktion des Hausarztes. Die häufigste Form der Kooperation betrifft die Zusammenarbeit mit der Hauskrankenpflege und den mobilen Diensten.

Hinsichtlich der Intensität der Kooperation bestehen merkbare Unterschiede. Nicht wenige Ärzte führen die einfache Zuweisung zu anderen Ärzten oder zu anderen Gesundheitsberufen bei der Frage nach Kooperationen an. Andere Ärzte wiederum - eher eine geringe Anzahl - schildern intensivere Kooperationen, welche aber zumeist auf persönliche Konstellationen zurückgehen, wie zum Beispiel intensivere Kooperation, wenn die eigene Gattin sich auf Gesundenuntersuchungen spezialisiert hat oder Schwerpunkt im Bereich Psychotherapie, wenn Gattin hier Spezialausbildungen hat.

6.3.2 Häufigste Tätigkeiten in oberösterreichischen Hausarztpraxen

Um einen Eindruck zu bekommen, wie der Alltag in der Hausarztpraxis aussieht, wurden die Ärzte gebeten, ihre Tätigkeiten in eine Rangfolge zu bringen: „Wenn Sie an die Aufgaben eines Hausarztes denken, welche unterschiedlichen Tätigkeiten fallen hier für den Arzt an. Beginnen Sie bitte damit, was der Arzt am Häufigsten macht.“ (Frage 6). Es folgte eine Nachfrage nach weiteren, nicht so häufigen Tätigkeiten (Frage 7). Das – grobe – Bild über das Geschehen in der Arztpraxis wurde durch Fragen nach Angeboten, die sich an Patientengruppen richten, abgerundet (Fragen 9 und 10).

An erster Stelle des Geschehens in der Hausarztpraxis steht – wenig überraschend - die Tätigkeit in der Ordination mit Anamnese, Untersuchung und Zuführung zu weiteren Untersuchungen. Dabei stehen in manchen Arztpraxen die chronisch-degenerativen Krankheiten an erster Stelle, in anderen Praxen sind es die banalen Infekte oder akute Erkrankungen. Zwei Ärzte sehen Tätigkeiten wie Krankschreiben oder Medikamente weiterverordnen noch vor der ärztlichen Behandlung an sich:

„Krank schreiben, Dauermedikamente verschreiben, Überweisungen schreiben, das ist eigentlich das Häufigste. Das Zweithäufigste ist dann, Leute untersuchen und das Dritthäufigste ist dann eigentlich die Beratung. Das liegt aber auch an unserem Bezahlungssystem, das muss man auch ganz ehrlich sagen.“ (A2, 68)

„Die häufigste Tätigkeit insgesamt ist sicher die Weiterverordnung von Medikamenten, ja, das nimmt sicher weitaus den größten Stellenwert ein, immer noch. Das Zweite ist dann die, sage ich einmal, die die Betreuung chronisch Kranker jetzt auch in der Einschätzung nicht nur medikamentösen Betreuung sondern Einschätzung, Beratung oder Hilfsmittelberatung der Angehörigen. Das nimmt meiner Meinung nach schon immer wieder einen sehr großen Stellenwert ein und natürlich die Akuterkrankung von sei es jetzt banalen Infekten bis hin zu akuten Beschwerden des Bewegungsapparates, also das glaube ich sind wirklich die häufigsten Dinge, mit denen ich in der Praxis jetzt zu tun hab, ja.“ (A3, 34)

An nächster Stelle steht überwiegend die Visitentätigkeit und die Betreuung von Altenheimen, wenn der Arzt ein Altenheim betreut. Auch Physikalische Methoden und Blutabnahme sowie in je einem Fall die Gesundenuntersuchung bzw. auch Vortragstätigkeiten und Kontakte zu Schule und Gemeinde werden an zweiter Stelle der Tätigkeiten für den Hausarzt genannt. Ein Arzt weist darauf hin, dass durch die Tätigkeit der Hauskrankenpflege auch Arztaufgaben weggefallen sind:

„Visiten, Hausbesuche, wenn jemand nicht kommen kann, ah Nachtdienste machen, auch wenn's bitter ist [lacht]. Wochenenddienste und solche Sachen, gehören sozusagen zum Gesundheitsservice dazu, wobei bei den Visiten während der Woche eigentlich die Hauskrankenpflege und die Altenhilfen uns da viel abgenommen haben. Früher ist man Verbände wechseln und Zucker messen, Blutdruck messen und die ganzen Sachen, das machen jetzt die Rotkreuz-Schwester von der Hauskrankenpflege, also ah das ist schon eine echte Erleichterung, dass man dann wirklich zu denen fährt, die das brauchen.“ (A7, 34)

Atteste wie Anträge auf Pflegegeldhöhung sowie das Überarbeiten von Therapieplänen nach Spitalsentlassungen und kleinere Wundversorgungen werden an dritter Stelle genannt. Ebenso wiederum physikalische Maßnahmen oder Visiten.

Dokumentationsarbeiten folgen in einem Fall auf Rang drei, in den meisten Fällen an der vierten Stelle. In den unternehmerischen Bereich fallende Bürokratie und Verwaltung werden ebenfalls an vierter Stelle genannt. Auch die Verwaltung der Hausapotheke (bei jenen, die eine solche haben) rangiert an vierter bzw. fünfter Stelle.

Manche Ärzte geben an, dass bürokratische Tätigkeiten in Zusammenhang mit dem Betrieb der Arztpraxis eher selten anfallen:

„Alles das, was mit dem Wirtschaftlichen zu tun hat, sage ich einmal, zumindestens einmal im Monat oder, oder ja und das dazugehört, das gehört sicher zur Praxisführung dazu jetzt abgesehen von der Patientenbehandlung, das ist klar. Aber da gehört alles, da gehört dann alles dazu, was sag ich einmal, Ausstattung der Ordination betrifft und und und Überlegungen in welche Richtung sich die Ordination entwickelt, Anschaffungen, wenn sie das hinein haben wollen, das gehört natürlich zur Tätigkeit dazu. Gesellschaftlich ist es nicht so viel, also dass da man zu Vorträgen eingeladen wird oder Gesunde Gemeinde oder so was, wenn's das meinen, so was mache ich persönlich seltener.“ (A3, 46)

Ebenfalls selten kommen Vortragstätigkeiten oder Wundversorgung und kleinere Eingriffe vor.

Besondere Angebote an Patientengruppen gibt es in nahezu keiner Arztpraxis – sieht man von der strukturierten Diabetiker-Betreuung ab, die seit dem Jahr 2006 zusätzlich von der OÖ Gebietskrankenkasse honoriert wird. Als Gründe dafür werden fehlende Zeit und fehlendes Personal sowie der organisatorische Aufwand angeführt. Einige Ärzte erörtern, dass sie Diabetesberatung oder Gewichtsreduktionsrunden früher gemacht haben, dass sie das aber - trotz guter Erfahrungen – zurückgefahren haben, weil sie es in ihrer Freizeit machen würden. Arzt 3, der von einer medizinischen Trainingstherapie inhaltlich viel hält, schildert ähnliche Schwierigkeiten:

„Das ist zuerst einmal, das sind rein organisatorische Dinge. Ich muss einmal bei uns im Ort eine Räumlichkeit finden und meistens halt doch am späteren Nachmittag, Abend, wo einmal eine Gruppe von 8 bis 15, 20 Personen zusammen sich bewegen können, ja. Das ist einmal schon das Erste, das kann ich in der Praxis nicht machen, also ich muss irgend einen anderen Raum dazu anmieten, mir zur Verfügung stellen lassen, ja. Das ist zum Beispiel schon einmal das größte Problem, das haben wir dann gefunden, aber das ist kein, wäre dort auch keine Dauerlösung, beispielsweise. Ja, das, dann natürlich, wenn man das größer ausbauen wollte, dann müsste man sagen, es spielt die Kostenfrage mit eine Rolle, obwohl das bitte, es war ja nur ein Versuch, ja, das hat bei mir nicht so eine Rolle gespielt, ja, weil die, die Leute, wenn die, die da teilgenommen haben, waren da gern dabei und haben das gezahlt und die haben das alles, der Raum beispielsweise ist mir ja fast gratis zur Verfügung gestellt worden, jetzt haben wir das alles relativ gering halten können. Aber es ist natürlich für mich persönlich jetzt, ich war da bei allen Abenden dabei, weil der Arzt soll da dabei sein meiner Meinung nach, ich will ja dabei sein muss, ein bisschen Fragen beantworten, muss schauen, wie jeder mitmacht, wie ihm das behagt, überhaupt die ersten Male, ist für mich auch wieder ein Zeitaufwand natürlich, das, ja. Das sind die Hauptprobleme am Anfang.“ (A3, 56)

6.3.3 Gewünschte zusätzliche Angebote der Hausarztpraxis

Die Frage 30 „Denken Sie, dass die Patientinnen und Patienten über das derzeitige Leistungsspektrum hinaus noch Erwartungen an die Hausarztpraxis haben? Was würden sich Patienten wünschen, wenn man sie fragen würde?“ und Frage 31 „Und Sie als Hausarzt – sind Sie der Meinung, dass man zusätzliche Angebote zur Verfügung stellen sollte? Was hätte aus Ihrer Sicht Priorität?“ gaben offen die Möglichkeit, zusätzliche Angebote zu benennen, welche aus Patienten- bzw. Arztsicht wünschenswert wären.

Von Seiten der Patienten orten Hausärzte das Bedürfnis nach mehr Zeit für Gespräch und Beratung; dies wurde von fünf Ärzten angeführt.

An nächster Stelle rangieren Massagen und Physiotherapien mit drei Nennungen. Kürzere Wartezeiten vermuten zwei Ärzte als Patientenwunsch, wobei beide auf den Zusammenhang von Zeit pro Patient und Wartezeit für die Patienten hinweisen. Arzt 10 bringt es so auf den Punkt:

„Jeder möchte schneller dran kommen und wenn er dann da ist, dann - also auch die berühmte kurze Frage, ah - dann will er eine halbe Stunde, ... Also die Leute wünschen sich, dass sie schneller dran kommen und noch mehr und dass man noch mehr Zeit hat. Das ist immer dieses schizophrene Spektrum, das müssen wir jeden Tag integrieren.“ A10, 153.

Einzelne Nennungen betreffen Patientenwünsche hinsichtlich noch mehr Hilfestellung bei Kontakten mit Behörden und Gesundheitseinrichtungen oder – aus Bequemlichkeitsgründen – nach mehr diagnostischen Möglichkeiten in der Hausarztpraxis (z.B. Röntgen, Lungenfunktion).

Zwei Ärzte orten auch Interesse von Patienten an alternativmedizinischen Angeboten in der Hausarztpraxis, lehnen es aber ab, darauf einzusteigen.

Zwei Ärzte geben an, dass keine Wünsche nach zusätzlichen Angeboten seitens der Patienten bekannt sind.

Von ärztlicher Seite kristallisiert sich kein Leistungsangebot heraus, dass zusätzlich angeboten werden sollte. Eine Einzelnennung betrifft diagnostische Geräte wie Ultraschall, ein weiterer Arzt erwähnt, dass er Homöopathie gerne machen würde, dass ihm dafür aber die Zeit fehle (A8). Andere Themen, die angeführt werden, beziehen sich gar nicht auf das Leistungsangebot in der Hausarztpraxis sondern etwa auf raschere Zuweisungsmöglichkeiten zur Psychotherapie oder die bessere Aufklärung von Patienten mit Migrationshintergrund (wobei offen bleibt, wer diese Aufklärung machen soll - aus dem Kontext ist jedoch zu entnehmen, dass der Arzt nicht an sich selber denkt).

Neun von dreizehn Ärzten bringen zum Ausdruck, dass sie keinen Bedarf an zusätzlichen Angeboten sehen. Dabei spielt Zeit eine gewisse, jedoch nicht die alleinige, Rolle:

„Also jetzt für mich, für meinen speziellen Fall, brauche ich keine zusätzlichen Angebote oder zusätzlichen Möglichkeiten. Das was möglich ist, würde ich ausschöpfen können, das schöpfe ich bei weitem noch nicht aus, aus Zeitgründen oder auch aus, weil ich sage: ok, eine gewisse Lebensqualität muss man sich erhalten und und und mehr will man nicht machen, ich könnte mehr.“ (A1, 114)

Aber auch über die Finanzierbarkeit zusätzlicher Angebote bzw. darüber, was finanziert werden sollte, denken Ärzte kritisch nach:

„Ich glaube, dass generell unser Medizinangebot sehr gut ist und eigentlich für die Bedürfnisse, für die wirklichen Bedürfnisse, ah- völlig ausreichend ist. Wer etwas tun will für seine Gesundheitsvorsorge findet auch genug Angebote und im Krankheitsfall steht eigentlich die Sozialversicherung Gewähr bei Fuß und übernimmt tatsächlich alles was nötig ist. Ich glaube, dass grundsätzlich unsere Patienten sehr zufrieden sein können, auch wenn sie es nicht immer sind. Und da habe ich auch dann nichts einzuwenden, wenn diese Patienten dann sagen, ok ich gehe dann dort und dort hin und leiste mir dann extra noch etwas. Soll er, kein Problem.“ (A8, 137)

Andere Ärzte signalisieren Bereitschaft für zusätzliche Angebote, betonen aber, dass für gewisse Angebote die Hausarztpraxis ein zu kleines Setting ist:

„Gesundheitsförderung in der Praxis nehmen nicht alle an, oder nicht viele an. Die, die sich interessieren, sind nicht die Masse. Das heißt, wenn man da schaut, dass in den Gemeinden viel passiert, denke ich mir, hat man eine wesentlich bessere Auslastung und Ausnützung dieser Geschichten.“ (A2, 212)

Der Hausarzt alleine erscheint auch fachlich oder organisatorisch nicht in der Lage, den Bedarf zu decken:

„Ja das sind, das können bei Kleinigkeiten, angefangen von der Ordinationshilfe, es gibt diese, wie heißt das, Gesundheits- oder von der Ärztekammer so eine Ausbildung, Gesundheitsassistentin oder so irgendwie, Gesundheitsbetreuung, das haben meine beiden gemacht, wo durchaus eben von leichten gymnastischen Übungen, die man zeigen könnte vermehrt auch in der Praxis bis über sage ich einmal, Nordic-Walking-Gruppen bis über kleine Vorträge oder Kurse über Ernährung. Das könnten zum Beispiel ohne weiteres auch die übernehmen und da sind dann natürlich Berufsgruppen Ernährungsmediziner, Sportwissenschaftler habe ich schon erwähnt, auch Physiotherapeuten, die dann durchaus oder etwas ganz etwas anderes die Inkontinenzberatung, die zum Beispiel ein brennendes Thema ist und wo es so überhaupt kaum Angebote im niedergelassenen Bereich gibt. Das ein tägliches Thema ja ist oder die die Betreuung von Angehörigen von Pflegebedürftigen, also das ist so ein vielschichtiges Angebot, dass der Arzt oder der Hausarzt nie allein durchführen kann, wo er ein entsprechendes Fachpersonal ja braucht und wo es notwendig ist unbedingt, aber wo er irgendwo eine zentrale Anlaufstation sein soll und durchaus beratend und zuweisend sein soll und er muss dafür aber die Angebote kennen ... es ist gerade bei den Hilfsangeboten ein Dschungel da, der für uns Ärzte auch nicht durchschaubar ist.“ (A3, 108)

6.3.4 Diskussion

Wenig überraschend steht die primärärztliche Funktion im Vordergrund der hausärztlichen Tätigkeit. Die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit als der sozialen Integrationsfunktion zuzurechnende Tätigkeit ist ebenso eine tägliche hausärztliche Tätigkeit. Am zweithäufigsten nach der primärärztlichen Funktion thematisieren die befragten Ärzte die haus- und familienärztliche Funktion und betonen die Bedeutung der Kenntnis des sozialen Umfeldes für Anamnese und Diagnostik sowie das Vorliegen eines engen Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Familie. Wenn diese, das Soziale einschließende, Abklärung durch den Arzt allerdings zu Diagnosen führt, die außerhalb der „Medizin im engeren Sinn“ liegen, bleibt es leider bei der Diagnose, weil Vorgehenskonzepte fehlen. Höchstens wird die Situation am Rande einer Untersuchung einmal thematisiert, Verständnis gezeigt und ein Gespräch angeboten. Auch in Bereichen, wo psychische Probleme manifest geworden sind, bleibt der Arzt bei seinem Leisten: er erkennt zwar den familiären und sozialen Zusammenhang, erklärt – auch über Generationen gehende psychische Problemlagen – aber entweder gleich durch Vererbung oder er erkennt zwar die Ursache im sozialen Bereich, bleibt bei der Intervention aber in seiner Domäne:

medikamentöse Behandlung oder Zuweisung zum Spezialisten. Allenfalls kommt es noch zu Beratung am Rande eines Arztbesuches aus anderem Anlass.

Wo die Familienanamnese sich auf das ärztliche Handeln aktivierend auswirkt, ist im Bereich der Beratung zur Prävention.

„Auf der anderen Seite aber auch z.B. dem Sohn klarmacht, wenn es z.B. ein Diabetiker ist, dass auch er aufgrund der genetischen Disposition zumindestens also prädestiniert ist, dieses Erkrankung zu kriegen und dass man rechtzeitig also sozusagen schaut.“ (A4, 3)

Es werden auch andere Konstellationen beschrieben, wo die soziale Anamnese sich auf das ärztliche Handeln auswirkt, etwa, weil klar ist, dass beim Alkoholkonsum gemogelt wird (A1). Auch der bloße Hinweis an Angehörige, dass man bei der betagten Mutter auf ausreichendes Trinken achten sollte, stellt eine spezifische haus- und familienärztliche Leistung dar, denn der Hausarzt weiß, welche Person des Familienverbandes er darauf am besten anspricht.

Das letztgenannte Beispiel leitet über zur Koordinierungsfunktion, welche von sechs Ärzten beschrieben wird. Noch weniger präsent sind die Gesundheitsbildungsfunktion und die soziale Integrationsfunktion (die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit als Teil der sozialen Integrationsfunktion kommt aber natürlich bei jedem Arzt vor). Diese Funktionen scheinen im Selbstverständnis vieler Hausärzte Zusatzaktivitäten zu sein, die sie neben ihrer *eigentlichen* Aufgabe, nämlich der ärztlichen Behandlung, auch abdecken müssen. Es gibt aber auch Ärzte, weniger in der Zahl, die hier eine aktive Rolle einnehmen und die ihr Wissen um die Persönlichkeit und das Umfeld nutzen, um zum Beispiel jemanden auch in mehreren Anläufen zu überzeugen, soziale Dienste in Anspruch zu nehmen.

Kooperationen spielen im Hausärztlichen Alltag außerhalb des unmittelbaren Behandlungsteams eine untergeordnete Rolle. Auffällig ist, dass gerade mit dem Roten Kreuz und der Hauskrankenpflege die Kooperation besonders ausgeprägt ist. Dies könnte damit zusammen hängen, dass die organisatorisch-strukturierenden Leistungen in Zusammenhang mit der Kooperation von den Anbieterorganisationen der mobilen Dienste übernommen werden.

„Na ja, selbstverständlich, ja, erstens einmal haben wir eine sehr gut funktionierende Hauskrankenpflege, also vom Roten Kreuz mit der Hauskrankenschwester arbeite ich sehr intensiv zusammen d.h. man, wenn Patienten z.B. einen Verbandwechsel brauchen, zu Hause oder sonst irgendwelche Betreuungen, dann fährt da die Hauskrankenpflege hin und macht es immer mit Auftrag von mir und, und auch Rückmeldung d.h. die kommt so ungefähr alle 10 Tage ist die Hauskrankenschwester hier in der Ordination mit ihrem Buch und da wir gehen alle Patienten, die wir gemeinsam betreuen durch und da berichtet sie mir was los ist und so weiter. Also das ist eine ganz wichtige Geschichte.“ (A4, 51)

Aus diesem Zitat kann man auch lesen, dass Hausärzten sehr wichtig ist, die „beauftragende Instanz“ zu sein.

Die Wahrnehmung des Patienten durch die befragten Hausärzte kann durchaus als umfassend und ganzheitlich bezeichnet werden. Sie reicht von Einkommens- und Arbeitsverhältnissen über die familiäre Situation bis hin zur körperlichen und psychischen Langzeitentwicklung von Familienverbänden und individuellen Patienten. Dass Hausärzte eine naturwissenschaftlich-technische Sicht auf die Menschen hätten, kann aufgrund der Untersuchungsergebnisse also verneint werden. Diese umfassende Wahrnehmung findet jedoch hauptsächlich zu diagnostischen Zwecken Eingang in das Geschehen. Die Aktivität des Hausarztes bleibt dann doch weitgehend auf das Medizinische und den individuellen Patientenkontakt beschränkt. Handlungsrelevant für den Arzt wird sein umfassendes Wissen als Haus- und Familienarztes also regelmäßig (erst) im Risikofaktor- oder Krankheitsfall.

Auch wenn es um Gesundheitsbildung geht, zeigt sich ein ähnliches Bild: die Ärzte erkennen die Problemlagen umfassend, sehen jedoch begrenzte Handlungsmöglichkeiten von ihrer Seite – für manche ist Gesundheitsberatung nur in Zusammenhang mit der Gesundenuntersuchung Thema. Motivationsprobleme auf Seiten der Patienten stehen aus Sicht der Ärzte häufig Lebensstil-Veränderungen entgegen – die Behebung dieser Motivationsprobleme sehen sie außerhalb ihres Zuständigkeitsbereiches. Die Gesundheitsbildungsfunktion wird in Hausarztpraxen auch verwirklicht, indem arbeitsteilig vorgegangen wird: der Arzt macht Kuration, die Gattin macht Vorsorge. Aber auch Hausärzte selber betreiben Gesundheitsberatung, etwa indem sie die mündliche Beratung durch Informationsmaterial ergänzen. Jene, vergleichsweise wenigen, Ärzte, welche Gesundheitsbildung als integrierten

Bestandteil der Hausarztpraxis aktiv betreiben, setzen jedoch wiederum bei den Risikofaktoren und bei einer Krankheitsorientierung an, wobei auch Vorträge - etwa im Rahmen der Gesunden Gemeinde - angeboten werden.

Die befragten Ärzte drängen nicht aktiv in Richtung Gesundheitsberatung. Sie betonen, dass sie diese Gesundheitsberatung machen, sei es während des Patientenkontaktes, im Rahmen der Gesundenuntersuchung oder auch – was deutlich seltener vorkommt – bei Vorträgen im Gemeinde-Setting. Man hat aber nicht den Eindruck, dass sie die Gesundheitsbildung als ein Feld sehen, das sie stärker als bisher besetzen wollen. Eher verweisen sie hier auf die Rolle der Medien, wobei auffällt, dass gerade jene Ärzte, welche die Gesundheitsbildungsfunktion aktiv wahrnehmen, die Medien als stärkere Einflussnahmemöglichkeit als den Hausarzt thematisieren (A8, A9, A11):

„Wenn man ehrlich ist, wird unsere Bedeutung ein bisschen zurückgedrängt, weil es so überreich kommuniziert wird. In Gesundheitszeitschriften, im Internet, im Fernsehen. Sie können aufdrehen, wann sie wollen, es läuft wieder irgendeine Gesundheitssendung. Wer das will, nimmt es sowieso an. Und bei anderen muss man halt den Anlass hernehmen und darauf hinweisen.“ (A8, 70)

„Ah, inzwischen, finde ich, weiß das eh schon jeder, ja. Es wird ja schon in allen Gesundheitszeitschriften, die es gibt – es gibt schon Leute, die wollen so gesund leben, dass sie vom gesunden Leben schon wieder krank werden. Psychisch krank sind die dann, ...“ (A9, 54).

Insgesamt sind die Funktionen nach Kruse nicht frei von Abgrenzungsschwierigkeiten. Zum Beispiel was die Abgrenzung betrifft, ob die Tätigkeit betreffend mobile Dienste zur sozialen Integrationsfunktion oder zur Koordinierungsfunktion zählt. Die Abgrenzung wurde bei der Auswertung so gehandhabt, dass der Hinweis auf die Möglichkeit, einen sozialen Dienst in Anspruch zu nehmen oder das Übergeben und mit dem Patienten Ausfüllen eines Pflegegeldantrages der sozialen Integrationsfunktion zugerechnet wurde, während Abstimmungsmaßnahmen zur Behandlung mit dem sozialen Dienst (z.B. den dortigen Hauskrankenschwestern) der Koordinierungsfunktion zugeordnet wurden. Nach der Beschreibung von Kruse könnte man das „Überweisen“ zu sozialen Hilfsdiensten auch der primärärztlichen Funktion zuordnen, was bei der vorliegenden Auswertung aber nicht gemacht wurde.

Die Auswertung der Eigeneinschätzung von Ärzten betreffend die Häufigkeit verschiedener Tätigkeiten bestätigt das soeben gezeichnete Bild: an vorderster Stelle stehen Anamnese, Untersuchung und Überweisung, oder auch die Krankschreibung bzw. das Weiterverordnen von Medikamenten. Es folgen die Visiten, welche die Verwirklichung der haus- und familienärztlichen Funktion – etwa in Form der „erlebten Anamnese“ (Kruse, 1995) – erst ermöglichen. Hinsichtlich des präventiven Bereiches bestehen erhebliche Unterschiede, je nachdem, welche Festlegung der Arzt für sich und seine Praxis getroffen hat. Es gibt auf der einen Seite Ärzte, die der Prävention (etwa via Gesundenuntersuchung oder auch Vortragstätigkeiten in der Gemeinde) einen hohen Stellenwert geben und auf der anderen Seite solche, welche betonen, dass ihr Gebiet die Kuration sei und die Gesundenuntersuchungen nur durchführen, wenn der Patient es wünscht. Eines kann aber auch in diesem Zusammenhang festgestellt werden: mit dem Gesundenuntersuchungsprogramm liegt eine Struktur vor, deren Inhalt und Finanzierung geregelt ist und daher existiert dieses Angebot in der Arztpraxis. Es konnte in der vorliegenden Untersuchung kein Beispiel gefunden werden, wo durchaus ambitionierte Einzelinitiativen, hinter denen aber keine organisierende Struktur und auch keine Finanzierung stand, dauerhaft erfolgreich sein konnten. Es liegt also sehr wesentlich an den Systemgestaltern, Strukturen und Programme zu definieren.

Hausärzte übernehmen auch Funktionen, die außerhalb des Bereiches der Krankenversicherung liegen. So verlangen etwa die Betreiber von Kinderbetreuungseinrichtungen seit einigen Jahren für jedes Kind bei der Aufnahme eine so genannte ärztliche Bescheinigung über den Gesundheitszustand des Kindes. Der öffentliche Gesundheitsdienst empfiehlt: „Ein von Kopfläusen befallenes Kind soll zum Schulbesuch (Kindergarten, Hort oder Kinderheim) solange nicht zugelassen werden, als es nicht ausreichend behandelt wurde und nicht frei von Läusen und vermehrungsfähigen Nissen ist (ärztliche Bestätigung!).“ (Land Oberösterreich 2006, S. 3). Diese Tätigkeiten sind unbestritten im Sinne der öffentlichen Gesundheit sinnvoll, ihre Finanzierung ist jedoch nicht klar geregelt. Sehr häufig wird es so sein, dass diese Bescheinigungen und Bestätigungen – die von den Kinderbetreuungseinrichtungen auch auf dem Land verstärkt in aller Form eingefordert werden – problemlos im Rahmen der hausärztlichen Funktionen ausgestellt werden, was aber

natürlich den Anteil der bürokratischen Tätigkeiten erhöht. Zusätzlich gab es im Bereich der Gemeindeärzte nach dem Gemeindesanitätsdienstgesetz eine Änderung:

„Also, es ist ja, da kommt es zu einer Umstrukturierung generell, es gibt dann bald keine Gemeindeärzte mehr, ich bin schon ein Auslaufmodell und die anderen Ärzte arbeiten nur durch eine formlose Angelobung mit dem Bürgermeister können sie dann diese Tätigkeiten dann auch erfüllen.“ (Arzt8, 48)

(Anmerkung: unter „diese Tätigkeiten“ fällt zum Beispiel das Durchführen der Totenbeschau.)

Arzt 4 schildert sehr anschaulich einen typischen Vormittag in der oberösterreichischen Hausarztpraxis:

„Halb Acht, um halb Acht kommen die ersten Patienten und wenn ich um Dreiviertel Acht komme, sind schon eine Menge Dauerrezepte vorbereitet, also das da hier sind lauter, sind lauter Patienten, die zu meiner Assistentin kommen und sich z.B. eine Überweisung holen oder Rezepte schreiben lassen, also Dauerrezepte [Arzt zeigt Interviewerin direkt in der EDV die Daten]; das sind Patienten, die primär einmal ins Sprechzimmer zwei zu meiner Frau kommen; das sind Kinder, die für Mutter-Kind-Pass- Untersuchungen kommen, Verbandwechsel und, und, und solche Sachen. Behandlung im Behandlungsraum, das sind also z.B. jetzt auch wieder Patienten, die einen Verbandwechsel haben oder irgendwelche kleinen chirurgischen Eingriffe. 26 Patienten sind von 07:45 bis Mittag hier bei mir gewesen, davon einer der schon zweimal, ah- fünfzehn Patienten waren im Labor entweder zu Blutabnahmen oder für Infusionen, sieben Patienten waren jetzt zur Therapie, das ist also relativ wenig, wir haben oft 20 Therapien ... Ah- das sind Befunde, die ich elektronisch kriege und natürlich auch abarbeiten muss, von den letzten Tagen, Befunde von Radiologen, vom Krankenhaus und das sind meine Visiten. Und wenn ich also jetzt gehe, die erste Patientin, die heute um halb Acht da war, die hat also Ohrenschmalz gehabt, da habe ich ihr, das war also obsturierend und eingetrocknet, der habe ich erweichende Ohrentropfen aufgeschrieben und habe gesagt, wie sie das eintropfen soll und die kommt morgen zum Ohrensputzen. Der Nächste war ein Patient mit Kreuzschmerzen im Bereich des Rückens, den habe ich manipuliert, also eine Manualtherapie gemacht und der war beschwerdefrei. Zusätzlich war der im Labor, weil wir bei Verdacht auf eine Schilddrüsenunterfunktion vor einer Woche gesagt haben, wir schauen also die Schilddrüsenwerte an. Das war Nummer zwei. Nummer drei, die [Arzt nennt Name der Patientin], das war eine Vertretung eines Kollegen mit einer Migräne von einem Kollegen, der heute seinen freien Tag hat, die nächste Patientin kam zum Nahtentfernen nach einer Ganglienoperation am Handgelenk, da habe ich die Nähte entfernt.“ (A4, 33)

Diese sehr authentische Schilderung zeigt, dass nicht jeder Patient, der von der Hausarztpraxis versorgt wird, auch persönlich den Arzt sehen muss. Die häufig

angestellten Berechnungen zur so genannten Minuten-Medizin, wo die Zahl der betreuten Patienten durch die Anwesenheitszeit des Arztes dividiert wird, müssen daher um dieses Faktum relativiert werden. Zu wenig Zeit für den einzelnen Patienten ist aber bei vielen Interviews dennoch Thema.

Wenn es um zusätzliche Angebote in der Hausarztpraxis geht, so betonen die meisten Ärzte, mit den bestehenden Möglichkeiten das Auslangen zu finden. Es sei sogar so, dass bereits jetzt mehr an Angeboten möglich und verrechenbar wäre, als der einzelne Arzt leisten könne.

Inhaltliche Vorstellungen zu zusätzlichen Angeboten betreffen nach Meinung der Ärzte vor allem mehr Zeit für Gespräch und Beratung mit den Patienten. Der gewisse Zielkonflikt zwischen Gesprächszeit für den einzelnen Patienten und Wartezeit für die Patienten kann in jenen Ordinationen gut aufgelöst werden, welche mit einem Terminsystem arbeiten:

„Also so ist es einfach besser einzuteilen. Auch wenn wir es natürlich nicht exakt einhalten können, weil eben Notfälle und solche Sachen immer dazwischen kommen, ..., also die kalkulieren wir dann auch immer ein, so machen wir es eigentlich, dass wir nur fünf Leute pro Stunde kalkulieren, dann dann hätten wir immer einen Zehn-Minuten-Block, der praktisch zur Verfügung steht für Zwischensachen.“ (A1, 14)

Auch von Patientenseite orten Hausärzte wenig Bedarf an neuen Leistungsangeboten. Am ehesten wird ein solcher Bedarf noch im Bereich Massagen und Physiotherapien gesehen. Patientenwünsche zu alternativmedizinischen Angeboten in der Hausarztpraxis werden von Patienten gegenüber Ärzten zwar manchmal benannt, von ärztlicher Seite aber – durchaus zu Recht - abgelehnt:

„Was auch immer wieder als Anfrage kommt: Alternativmedizin, Homöopathie, ob wir Bachblüten in der Hausapotheke hätten, da bin ich ein total strikter Gegner. Auch wenn ich vielleicht Geld verdienen würde damit, für mich ist das Humbug und mir würde das nicht einfallen, dass ich da so etwas verkaufe an die Patienten.“ (A5, 102).

Insgesamt kann festgestellt werden, dass das medizinische Leistungsangebot in der Hausarztpraxis von den befragten Ärzten sowohl aus Patienten- als auch aus Hausarztsicht als umfassend und ausreichend beschrieben wird. In der Sprache der Betriebswirtschaft könnte man sagen: „das Kerngeschäft läuft gut“. Dort, wo sich eine

Krankheit – noch – nicht manifestiert hat, die Erfahrung und das Wissen der Ärzte jedoch bereits vermuten lässt, dass es auf eine solche hinauslaufen wird und dort, wo sich eine Krankheit bereits soweit manifestiert hat, dass die Mittel der Medizin in Hinblick auf Heilung/Beseitigung der Krankheit ausgeschöpft sind, besteht jedoch Unsicherheit über die Rollenverteilung und Zuständigkeit und letztlich auch die Finanzierung.

Zusätzliche Leistungen aus dem Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention werden an dieser Stelle nur von zwei Ärzten thematisiert, jeweils mit der Einschränkung, dass das Setting Hausarztpraxis für eine sinnvolle Durchführung zu klein sei.

Als Zwischenfazit muss daher festgehalten werden, dass zu salutogenen Fragestellungen in der Hausarztpraxis doch eine erhebliche inhaltliche Distanz besteht und auch Möglichkeiten der praktischen Durchführung kaum gesehen werden.

6.4 Gesundheitsförderung und Prävention aus der Sicht oberösterreichischer Hausärzte

6.4.1 Ergebnisse: Die subjektiven Konzepte von Gesundheitsförderung und Prävention

Frage 19 „Sehen Sie einen Unterschied zwischen Gesundheitsförderung und Prävention? – was ist in Ihren Augen Gesundheitsförderung, was Prävention – oder ist das das Gleiche?“ zielt direkt auf das subjektive Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention. Welches Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention oberösterreichische Hausärzte haben, kann weiters aufgrund der Antworten zu den Fragen nach den Bedingungen von Gesundheit und Krankheit (Frage 20 und 22) bzw. den Fragen, was der Hausarzt in diesem Zusammenhang tun kann (Frage 21 und 23), untersucht werden.

Für fünf Ärzte sind Gesundheitsförderung und Prävention das Gleiche (A2, A4, A5, A7, A12), vier Ärzte sehen Ähnlichkeiten aber doch einen Unterschied (A1, A3, A6,

A10) und weitere vier Ärzte unterscheiden dezidiert zwischen Gesundheitsförderung und Prävention (A8, A9, A11, A13), wobei diese Unterscheidungen zum Teil deutlich abweichen von den wissenschaftlichen Definitionen. Inhaltlich reichen die Vorstellungen von einer ziemlich exakten Begriffsdefinition über die Gleichsetzung von Gesundheitsförderung und Prävention bis hin zu einer genau spiegelverkehrten Beschreibung von Gesundheitsförderung und Prävention, wenn man die gesundheitswissenschaftlichen Definitionen den Aussagen der Ärzte gegenüber stellt.

Eine ärztliche Aussage, die sehr nahe an den Begrifflichkeiten in der gesundheitswissenschaftlichen Literatur ist, ist folgende:

„Nein, nein, Gesundheitsförderung ist ein weiterer Begriff. Da kann ich die Jugend, die arbeitenden Leute oder die Pensionisten fördern. Prävention, ah- da beuge ich schon bestimmten Krankheiten vor. Da käme z.B. schon, da kommen wir schon wieder zu den Rauchern, ja, natürlich auch wieder mit Diät und Bewegung und so weiter, also was Stoffwechselkrankheiten betrifft, da kann ich natürlich schon etwas machen, da müsste man schon wie gesagt anfangen, ah da müsste man bei der Lebensmittelindustrie – wie produziere ich Lebensmittel. Da wissen wir ja, gerade in der EU läuft das meines Erachtens alles falsch, weil es wird industrielle Lebensmittelproduktion gefördert.“ (A9, 138)

Ein typischer Vertreter der Ärzte, welche Gesundheitsförderung und Prävention gleichsetzen ist Arzt 2:

„Ich denke mir, also für mich ist es das Gleiche. Ich sehe da keinen großen Unterschied drinnen, muss ich ganz ehrlich sagen, weil alles, was die Gesundheit fördert, fördert die Prävention. Alles was präventiv ist, fördert die Gesundheit.“ (A2, 124)

Arzt 13 unterscheidet zwischen Gesundheitsförderung und Prävention, aber in einer Weise, die erheblich von den gesundheitswissenschaftlichen Definitionen abweicht:

„Nein, ist nicht das Gleiche. Prävention heißt, also für mich, dass wer eigentlich gesund ist, dem man erklärt, dass er bestimmte Sachen nicht machen soll, weil das in Zukunft in einer Erkrankung enden könnte. Gesundheitsförderung verstehe ich eigentlich, wenn jemand, also den fördere ich, dass er gesund wird. Das heißt, wenn jemand schon Anzeichen hat von bestimmten Erkrankungen, dass ich den aufkläre, was soll er machen, damit es besser wird, damit er vielleicht nicht alle Endsymptome bekommt, die im Raum stehen.“ (A13, 88)

Manchmal bleiben die Vorstellungen auch vage, wie etwa bei Arzt 6:

„Ja, Gesundheitsförderung ist, wenn man es differenzieren will ah, Förderung je nach dem, was das Land Oberösterreich als Beispiel nur, oder die Gemeinden, wenn die dafür Gelder in die Hand nehmen und damit bestimmte ah-Fortbildungsveranstaltungen oder ah, ja machen. Und, ja Prävention, könnte man Vieles sagen. Mir würde viel einfallen unter Prävention z.B. die ganzen, die ganzen Sommerfeste und Discogeschichten streichen oder strenger kontrollieren.“ (A6, 69)

Arzt 1 versteht unter Gesundheitsförderung das, was die Gesundheitswissenschaften als Primärprävention bezeichnen würden, unter Prävention wird die Sekundärprävention beschrieben:

„Nein, ganz das Gleiche ist es nicht. Gesundheitsförderung wäre ja eigentlich, würde das Wort heißen, bestehende Gesundheit zu erhalten und Prävention heißt eigentlich nur, etwas zu verhindern. Das heißt, jemand der einen Herzinfarkt gehabt hat, bei dem werde ich ja verhindern, der ist ja nicht mehr gesund, hat sein KHK und ist nimmer gesund, bei dem würde ich natürlich verhindern, dass er noch einmal so einen kriegt, das würde ich also als Prävention bezeichnen. Während jemand, der jetzt pumpergesund ist und ich dem sozusagen seine Risikofaktoren untersuche und aufkläre und oder aufzeige und, und versuche, das zu verändern, das wäre für mich Gesundheitsförderung. Der ist noch nicht krank und er ist noch völlig gesund und ihm Tipps zu geben, dass er das auch bleibt. Das würde ich als Unterschied sehen.“ (A1, 73)

Mehrere Ärzte (A1, A2, A3, A5, A8) kommen im Verlauf des Interviews darauf zu sprechen, dass krank machende bzw. gesund erhaltende Faktoren spiegelbildlich zu verstehen sind und sehen eigentlich keinen Unterschied, ob man sich dem Thema von der Seite „Gesundheit fördern“ oder „Krankheit vermeiden“ nähert:

„Also das Gegenteil, also wenn die halt nicht funktionieren, die die Gesundheit fördern sollen, dann führen sie zur Krankheit.“ (A1, 83)

Arzt 8 bringt mit dem Wörtchen „nur“ zum Ausdruck, dass er von krankheitsspezifischen Dingen mehr hält, als von unspezifischen Maßnahmen der Gesundheitsförderung:

„Na ja, Prävention ist die Verhütung von Krankheiten und das ist nicht *nur* Gesundheitsförderung, das ist schon klar. Wenn sie z.B. Männer animieren dazu, eine Prostatavorsorge zu machen, dann ist das Prävention. Aber das fördert nicht seine Gesundheit. Gesundheit wird gefördert durch ah- vermehrt Bewegung, durch

gesunde Ernährung, durch Gewichtskontrolle, dadurch kann man die Gesundheit fördern.“ (A8, 88).

Einen vertiefenden Einblick in das Verständnis von Gesundheitsförderung und Prävention ermöglicht die Analyse, welche Ansatzpunkte Ärzte sehen, um ein Mehr an Gesundheit zu erreichen und für welche Teile davon sie sich selber zuständig betrachten. Hierbei wurde bei der Auswertung auf die von Noack (1999) erstellte Übersicht zurückgegriffen, die für fünf Ebenen - nämlich physische Umwelt, soziale Umwelt, Gesundheitsdienst, personale Faktoren und Lebensweisen - jeweils den Ansatz Verminderung von Risiken bzw. Vermehrung von Ressourcen gegenüberstellt. Auf diese Weise lässt sich herauskristallisieren, ob ein Arzt alleine auf die Verminderung von Risiken zielt oder ob er auch den Ansatz der Ressourcenstärkung erkennt. Weiters kann herausdestilliert werden, ob Ärzte alleine die Verhaltensebene (personale Faktoren und Lebensweise) oder auch die Verhältnisse der physischen und sozialen Umwelt sehen.

Auf der Ebene der physischen Umwelt erwähnen vier Ärzte (A1, A3, A5, A12) Umwelteinflüsse als krank machende Faktoren. Ein Arzt (A6) erwähnt mehr Disziplin und Kontrollen im Straßenverkehr zur Verminderung von Unfallrisiken. Unfallvorbeugung und Sicherheit am Arbeitsplatz und im Haushalt werden ebenfalls von einem Arzt (A1) erwähnt. Zwei weitere Ärzte thematisieren Schule und Schulweg und zwar hinsichtlich richtiger Haltung in der Schule (A8), dortigem Konsumangebot („Zuckerlautomaten“ A13, 163) bzw. Bewegungsmangel auf dem Schulweg (A13). Für zwei Ärzte ist die Qualität der Lebensmittel ein Thema – in einem Fall als mögliches Risiko (Gemüseanbau neben der Autobahn, Inhaltsstoffe verarbeiteter Lebensmittel, A12), im zweiten Fall als Faktor für gesundes Leben (A1). Die Nahrungsmittelqualität ist damit das einzige Beispiel, das auf Ebene der physischen Umwelt als Ressource genannt wird. Insgesamt kommen also sieben von dreizehn Ärzten in der einen oder anderen Form auf die physische Umwelt zu sprechen, kaum einer davon erachtet sich für die Beeinflussung dieser Faktoren zuständig. Ein Arzt schildert einen gescheiterten Versuch, in der Schule Einfluss zu nehmen:

„Und natürlich die ganzen Zuckerlautomaten in den Schulen, dass da Mars und was weiß ich alles angeboten wird und wo man nur die Kinder verleitet, ja, das finde ich absolut nicht richtig. Aber da rennt man auch bei den Schulbehörden gegen die Wand, weil ich habe das schon in [Ortsname] versucht, aber das geht nicht, es wird

von dieser Firma einiges gesponsert und somit stellen sie das auf. Aber dort müsste man ansetzen, weil das kann man nicht in der Arztpraxis. Bis ich ein Kind sehe, das wirklich übergewichtig ist und man weiß ja eh, warum der übergewichtig ist, wo einfach die Kalorienzufuhr und der Abbau passt einfach nicht zusammen.“ (A13, 163).

Die soziale Umwelt ist für alle Ärzte bis auf einen in der einen oder anderen Form ein Thema. Für neun von dreizehn Ärzten als krank machender Faktor, wenn sie nicht intakt ist. Dabei wird sowohl an die Arbeitswelt und berufliche Belastungen gedacht (A3, A5, A6, A7, A9, A10, A11, A12) als auch an die familiäre Situation und das soziale Umfeld (A5, A6, A9, A10, A11, A13).

Zehn von dreizehn Ärzten erwähnen die soziale Umwelt als gesund erhaltenden Faktor. Als Gesundheitsressource werden in diesem Bereich vor allem intakte familiär-soziale Verhältnisse (A1, A2, A4, A5, A7, A9, A10, A11, A13), eine gute berufliche Situation bzw. gute wirtschaftliche Verhältnisse (A4, A5, A7, A10, A11) sowie auch die Schulbildung und Berufswahl (A6) genannt. Die meisten Interviewpartner haben die soziale Umwelt sowohl als Ressource als auch als Gefährdungspotential erwähnt. Insgesamt halten sich in dieser Ebene pathogenetisch und salutogenetisch geprägte Aussagen ziemlich die Waage.

„Was gesund ist, wenn man eine Ausgeglichenheit zwischen Beruf, Familie und Freizeit ohne ah- größere Desaster. Also das ist wesentlich, wenn man einen Job hat, der eine halbwegs eine Freude macht, wenn die familiäre Situation passt und ah- die Wohnsituation ist auch ganz was Wichtiges. Also Leute, die ein Einfamilienhaus haben, sind sicher zufriedener als Leute in den Wohnblöcken. Ah- sofern nicht die finanzielle Katastrophe dahinter steckt. ... eine Ausgeglichenheit zwischen Beruf, Privatleben, dann soziale Integration ah- und Freizeitverhalten muss in einem richtigen Verhältnis stehen. Dann ist es das Ganze also wahrscheinlich dass es funktioniert.“ (A10, 106)

Der gleiche Arzt sieht auf der pathogenetischen Seite ein ganzes Bündel von Faktoren:

„Ja, die Faktoren sind die, die Menschen krank machen, das ist eindeutig unser Zeitgeist. Also der Stress in der Arbeit ah- das Wegrationalisieren, dass noch mehr, also das ist einfach ein Wahnsinn, das macht die Leute krank. Dann müssen sie weiß Gott wohin pendeln und dann werden wieder die Hälfte der Leute ausgestellt, dann können sie nicht mehr in den Krankenstand gehen, weil sie einfach, dann gehen sie krank in die Arbeit. Man kann gar nicht sagen, sie dürfen nicht in die Arbeit gehen, weil wenn er dann hinausfliegt - also diese Sachen sind ein irrer Stress. Dann viele Leute übernehmen sich finanziell. Also sie bauen ein riesen Haus und arbeiten

wie verrückt und dann kommt es zu Spannungen, dann beginnt die Krise, also es werden so schnell die Ehen gebrochen und dann die, wenn ein Scheidungskind, das geht über zwei Generationen, die müssen das mittragen, die haben auch Probleme in der Kindheit. Meine Frau in der Psychotherapie sieht immer noch die Folgen der Kriegsgeneration. Wenn der Großvater ein Psychotrauma gehabt hat und durchgedreht ist oder wen umgebracht hat, oder sich selber umgebracht hat, die Enkel leiden noch darunter. Das setzt sich fort und eben diese Beziehungskonflikte durch, der Egoismus ist heute so stark und, und ja, es ist auch umgekehrt, es sind nicht immer nur die Männer, wenn der brav arbeitet und die Frau und auf einmal hat sie einen anderen, das gibt es auch alles. Ah- also bei beiden Seiten, dann ist natürlich, also ich persönlich finde, dass es sehr wichtig ist, dass die Frau wieder einen Einstieg in den Beruf findet. Also wenn sie nicht arbeiten gehen, gehen sie zum Doktor, also das ist schon auch ein Faktor, wenn die Kinder größer werden und die Frau hat den Einstieg nicht geschafft, dann ist eine große Leere und Unzufriedenheit da. Also die Frauen, die eine Teilzeitarbeit, eine qualifizierte, finden, die sind besonders zufrieden. Es wirkt sich gut auf das Familienleben aus.“ (A10, 114).

Auch für die Gestaltung und Veränderung der sozialen Umwelt, egal ob es um die berufliche oder familiäre Umgebung geht, sehen Ärzte die Zuständigkeit – sofern sie überhaupt Möglichkeiten sehen, etwas zu verändern - primär bei anderen, wobei das Gespräch zwischen Arzt und Patient über Probleme in diesem Bereich, von fünf Ärzten erwähnt und positiv bewertet wird:

„Na ja, z.B. diese Faktoren was Arbeitsbedingungen anlangt ah, vielleicht wenig bis null, weil ich kann die Arbeitsplätze und den Arbeitsplatz nicht ändern. Ich kann es auch nicht medikamentös. Gespräche führen, damit der Patient Druck ablassen kann, das geschieht sehr häufig, dass er dem Hausarzt schildert, wie furchtbar dass die Bedingungen am Arbeitsplatz sind und man kann halt reden darüber und manchmal ist es halt besser, wenn er den Druck losgeworden ist, auch wenn es in Summe nicht viel ändert. Es gibt also, ich habe einige Fälle gehabt jetzt, wo jetzt wirklich die Firma Arbeiter entlassen hat, voriges Jahr, wie die Arbeitsplätze weniger geworden sind, und die dann zwanzig bis fünfundzwanzig Jahre bei dieser Firma gearbeitet haben, wenig im Krankenstand gewesen sind und weil sie eben jetzt zu den Älteren gehören, sind die als erster abgebaut worden. Dann kommen sie zu mir und schildern halt ihr Leid und ihre Verfassung.“ (A6, 82)

Der Inhalt solcher Gespräche zielt fast immer auf Bewältigung durch das Individuum. Es geht entweder um „Druck ablassen“ (A6, 82), oder um Beratung, „dass sie das irgendwie auf die Reihe bringen“ (A2, 129) oder um den psychischen Bereich:

„Wenn ich sehe, dass das in den Graben geht, dann rechtzeitig warnen, ja, dass er wieder zurückfindet, ihn darauf aufmerksam machen, früher ist es ja auch gegangen, warum ist das jetzt so? Ja, ah, ihm Hilfe anbieten.“ (A7, 89)

In einem einzigen Fall geht es auch darum, Bedingungen bzw. Ursachen zu verändern:

„Ausmisten. Den Patienten anbieten ah, Modelle ah- oder sagen – schau her, das gibst ab, du musst nicht alles selber machen, delegieren - manche brauchen Delegation andere weniger. Bei manchen Sachen, die müssen überhaupt nicht gemacht werden, da sagst nein“ (A7, 109).

Einrichtungen des Versorgungssystems nennen drei Ärzte (A1, A8, A12) von sich aus als Einflussfaktor für die Bevölkerungsgesundheit. Inhaltlich reichen die Aussagen vom Funktionieren des medizinischen Versorgungssystems (A1) über Impfungen (die der Arzt aktiv anbieten und „persönlich dahinter stehen“ muss A8, 101) bis zur regelmäßigen Gesundheitsvorsorge im Sinne von:

„Ah- und dann sollte man natürlich doch regelmäßig Gesundheitsvorsorge in Anspruch nehmen. Rein um den Blutdruck zu kontrollieren, um zu schauen, ob man eh keinen Zucker hat, bis hin die Blutfette ah- und damit glaube ich kann man eigentlich ganz gut über die Runden kommen“. (A8, 99)

Ein Arzt thematisiert hier auch gesundheitliche Beeinträchtigungen, die *durch* medizinische Intervention entstehen:

„... wie die Pille aufgekommen ist, hat es geheißen: ein unbedenkliches Präparat. Dann hat man auf einmal gesagt: Pille und Rauchen, Pille und Thrombose. Oder jetzt zum Beispiel vor kurzem, da hat es die Sartane, ein neues Blutdruckmittelgeneration - vor 10 Jahren oder so wie die aufgekommen sind. Und jetzt glaube ich, steht in der Literatur: erhöhte Karzinomgefahr durch Sartane. Und jetzt hast du einem Patienten zehn Jahre ein [unverständlich] gegeben und jetzt soll man dem erklären: du weißt was, ich nehme dir die jetzt weg, weil ich habe dir jetzt zehn Jahre ein Medikament gegeben, das dein Krebsrisiko erhöht.“ (A12, 100).

Bei den personalen Faktoren erwähnen drei Ärzte (A5, A6, A8) genetische Ursachen, bei denen keine Handlungsmöglichkeit bestehe. Wiederum halten sich pathogenetisch und salutogenetisch geprägte Aussagen in etwa die Waage. Der präventive Einsatz von Medikamenten ist ein Beispiel für einen sehr pathogenetisch geprägten Zugang:

„Jetzt zum Beispiel die ganzen Statine. Diese Cholesterinsenker waren eben lange Jahre nur mit der Indikation, wenn er schon ein Ereignis gehabt hat, als Sekundärprophylaxe, wobei wir ja schon wissenschaftlich und so weiter, schon lang wissen, dass das also gescheiter gewesen wäre, vorher zu nehmen, wenn er den

Cholesterin schon zu hoch hat, aber eben noch keinen Herzinfarkt gehabt hat zum Beispiel, dann wäre es sinnvoll gewesen, den Cholesterin zu senken. Auch schon sinnvoll, sagen wir so.“ (A1, 75)

Schmerzfreiheit ist für zwei Ärzte (A4, A7) ein Thema, wobei einer der beiden konkret auch anspricht, dass Bewältigungsmuster für das Leben mit der Beeinträchtigung erlernt werden müssen:

„Ja, ah, ihm Hilfe anbieten, wenn ihm etwas weh tut, dass ich ihm Schmerz wegnehme, dass er wieder positiv zu Denken beginnt, wenn er schmerzphilosophisch nichts gewinnen kann, ja ah, bzw. ihm irgendein, ein Muster mitgeben, wenn er einen chronischen Schmerz hat, dass er mit dem leben kann. Oder einen Tinnitus, oder so.“ (A7, 89)

Doch öfter als die Gene werden bei den personalen Faktoren Lebensgestaltung und Zufriedenheit angesprochen. In zwei Fällen geht es dabei darum, eine Beschäftigung oder Aufgabe zu haben oder sich zu geben (A2, A13):

„Geistige Beschäftigung, Aufgaben. Das sehe ich eigentlich immer mehr, dass Leute, die keine Aufgabe haben, sehr schnell dement werden. Das kann man sagen, es ist die Aufgabe eigentlich das Wichtigste.“ (A2, 126)

In drei Nennungen stellt die Lebenszufriedenheit eine gesund erhaltende Ressource dar, der mitunter mehr Bedeutung zukommt als dem Physischen (A3, A4, A12):

„Es ist vor allem ein halbwegs zufrieden stellendes Leben. Das ist eine allgemeine Aussage, aber es ist so, da gehört enorm die psychische Zufriedenheit dazu und sicherlich körperliche physische Leiden natürlich auch, aber wahrscheinlich sogar in einer eher zweitrangigen, hat einen zweitrangigen Stellenwert, ja.“ (A3, 82)

Die bei weitem größte Anzahl an Aussagen zu gesund erhaltenden bzw. krank machenden Faktoren betrifft den Themenkreis individueller Lebensweisen, der von jedem Arzt in der einen (salutogenetisch geprägten) oder anderen (pathogenetischen) Weise angeschnitten wird.

Es besteht ein leichter Überhang pathogenetisch geprägter Aussagen (A1, A2, A3, A4, A5, A6, A10, A11, A12), wo Lebensstiländerungen dann zum Thema werden, wenn es gilt, Übergewicht oder schlechte Laborwerte zu korrigieren oder gesundheitlichen Schaden durch Rauchen, Alkohol, falsche Ernährung oder

Bewegungsmangel abzuwenden. Psycho-soziale Gesundheit ist für zwei Ärzte Thema, wobei Arzt 6 meint, in diesem Bereich nichts bewirken zu können:

„Ja und die psycho-soziale Gesundheit und dann sind einem schon die Hände gebunden“ (A6, 76).

Anders sieht dies Arzt 10, dessen Frau ärztliche Psychotherapie macht:

„Und wenn Frauen diffuse Probleme haben muss man, es dauert eine zeitlang, aber oft weiß man ja dann, dass der Mann entweder trinkt oder fremdgegangen ist oder also diese Beschwerden werden immer maskiert, also es ist unser größter Vorteil – man weiß es ja dann auch, wenn es niemand gesagt. Man liest die Unfallberichte und weiß ah- der ist drei Mal wo hinunter gefallen und denkt sich warum wohl, oder man sieht – man fährt ja mit offenen Augen durch die Gegend“. (A10, 110)

Auf der salutogenetischen Seite werden ebenfalls gesunde Ernährung (A1, A5, A9, A11, A13), auch gesunde Ernährung von Kindheit an (A6, A8), Bewegung (im Freien) oder Sport (A5, A8, A9, A11, A13), körperliche Betätigung (auch in Form von Arbeit) (A13) sowie der richtige Umgang mit Suchtmitteln (A8) und die Lebensweise insgesamt (A5) genannt. Auch eine gesunde Lebenseinstellung, wo Beruf und Freizeit positiv besetzt sind (A7), sowie ein bewusstes, aufmerksames Leben (A11) und der Umgang mit Suchtmitteln (A8) werden angeführt. Die Vorbildwirkung des Elternhauses in Bezug auf das Erlernen eines gesunden Lebensstils, wird ebenfalls aufgezeigt (A8).

Hinsichtlich der Rolle des Hausarztes in diesem Zusammenhang wird in einigen Fällen auch die Vorbildwirkung des Arztes thematisiert:

„Genauso ist es für mich auch in anderen Bereichen. Ich denke mir immer, ein Arzt der selber raucht, wird es schwer haben, seine Patienten zu Nichtraucher zu erziehen. Ein Arzt, der selber sich um seine eigene Gesundheit nicht kümmert, wird es schwer haben, das Selbe von den Patienten zu verlangen. Also eine gewisse Vorbildwirkung ist da auch noch wesentlich.“ (A8, 101)

Hauptansatzpunkt für Ärzte bei der Lebensweise ist die ärztliche Beratung, wobei deren Erfolgsaussichten durchaus kritisch eingestuft werden:

„Na gut, der Hausarzt kann ah- den Patienten in diese Richtung natürlich motivieren. Es gibt leider viele Patienten, die da relativ uneinsichtig sind, die in der Therapie

wenig einsichtig sind und die in der Vorbeugung auch wenig über haben. Man kann immer wieder nur probieren und versuchen, auch breit zu motivieren und breit den Patienten darauf hinzuweisen. ... Man muss eben im normalen Ordinationsbetrieb versuchen, dass man neben der Akuttherapie, dass man auch versucht, dass man auch versucht, den Patienten eben auf die anderen Faktoren eben auch hinzuweisen.“ (A5, 63).

Sowohl was individuelle Anregungen im Gespräch als auch was Vorträge betrifft, besteht diese kritische Erfahrung hinsichtlich der Erfolge:

„Ah- ich kann im Gespräch Anregungen geben, was die Bewegung betrifft, ich kann immer nur Anregungen geben, ob es dann angenommen wird, das ist eher selten, weil die Lebensgewohnheiten so eingespielt sind, dass die Leute erst dann etwas ändern, wenn sie Probleme haben. Ja, eigentlich hauptsächlich das Gespräch und über verschiedene Vorträge, aber das geht eher auch beim einen Ohr hinein und beim anderen wieder hinaus. Oder: es horcht sich ja gut an, aber! Also ich glaube, ja, Großes kann man da sicher nicht bewirken.“ (A11, 103)

Ein Vorteil des Arztes betreffend Lebensweise ist allerdings, dass er „die Wahrheit“ auch ansprechen kann, wenn sie vom Patienten nicht thematisiert wird:

„Dadurch, dass man alle Faktoren kennt, also ah- kann man die Wahrheit ansprechen. Wenn einer Magenschmerzen hat, dann weiß man meistens, dass er nebenbei pfuscht und raucht und trinkt. Und dann muss man sagen, ja machst weniger Überstunden, tust nicht mehr Pfuschen, hast nur die Hälfte Geld und dafür bist du gesünder.“ (A10, 108)

(Anmerkung: Pfuschen ist ein österreichischer, umgangssprachlicher Ausdruck für „Schwarzarbeit, unbefugtes Arbeiten“ (Österreichisches Wörterbuch, S. 495))

Ein Arzt thematisiert, dass der Hausarzt die Gesundheitsförderung zwar machen sollte, dass dies aber aufgrund der fehlenden Honorierung nicht möglich ist:

„Ja schon. Ja, nein, unbedingt. Wäre an sich das Sinnvollere, ja. Nicht immer nur nachlaufen, sondern eben zu fördern. Das ist jetzt sicherlich auch wieder ein Punkt, der im österreichischen Gesundheitssystem nicht richtig verankert ist oder nicht richtig gesehen wird, sondern die Krankenkassa will sie, sie heißt ja auch so, beschränkt sich eben auf Behandlung von Krankheiten, ... gar nicht zu reden von Lifestyleänderungen und diesen Dingen, weil da gibt's überhaupt keine Positionen, also das wird ja, wir können's nicht machen, weil wir kriegen's nicht bezahlt, auf gut deutsch. Das ist ja auch das Problem, dass sich dann viele hervortun, die das dann machen, die aber davon eigentlich nix verstehen und eigentlich das eben falsch machen, weil das eben einfach die falsche Sparte macht. Das ist wirtschaftsgesteuert. Das ist eine Steuerung der Wirtschaftskammer, die Prävention in Österreich, oder, und nicht das äh der ärztlichen oder der medizinischen Seite, weil einfach da keine Kohle, kein Geld da ist.“ (A1, 75)

An anderer Stelle grenzt der gleiche Arzt seine Zuständigkeit wiederum ziemlich klar ab:

„Du kannst, wenn'st was ordentlich machen willst, dann, dann musst du die Zeit und die, die Energie in das investieren und kannst nicht auf zehn Hochzeiten tanzen. Das heißt, mein Spezialgebiet ist die Prävention, oder ist die ist die Behandlung, Wiederherstellung der Gesundheit oder Verhinderung größerer Probleme, aber diese anderen Felder von sozialen Sachen und und und Sicherheit am Arbeitsplatz oder was weiß ich, diese Dinge, das müssen andere machen. Ich glaube da kann man den Hausarzt, man könnte ihn vielleicht einbinden, man könnte ihn da eben gebrauchen und verwenden, aber da glaube ich, dass das, also da bin ich nicht bereit dazu, weil, weil da, das geht dann, ich beschäftige mich lieber mit einer Sache g'scheit und nicht also zwanzig verschiedenen Dingen. Also jetzt da Vortragstätigkeiten und dort und dies und das, wie es viele machen, oder, die dann hin und her hupfen, ja, dann haben sie überall die, mischen sie mit und im Prinzip funktioniert es dann nicht, habe ich den Eindruck.“ (A1, 81)

Auch ein zweiter Arzt, sieht in der Gesundheitsförderung kein Feld für den Hausarzt:

„Aber, eigentlich braucht man einen Hausarzt nicht wirklich, damit man gesund ist. Ich sehe es ja bei den älteren Leuten, die wirklich nicht auf dem Sofa sitzen, wenn sie in der Pension sind. Also die noch immer ihren Garten machen und noch immer sich jeden Tag rühren und ihren, auch wenn es stark ist, auch Sachen machen, die andere nicht mehr machen, weil sie stark sind. Das ist etwas, was ganz wichtig ist. Wirklich seine Sachen, die einem auch Spaß machen und weiter machen und viel Bewegung. Der Hausarzt hat nicht so viel Einfluss auf das, das ist eher so ein bisschen ein Berater und Begleiter, wenn es schon etwas hat, oder die halt öfter kommen. Wenn wer nicht kommt, sehe ich leider, die arbeiten den ganzen Tag, die haben vielleicht einmal im Jahr irgendeine Grippe. Die brauchen einem nicht, weil die werken einfach vor sich hin und haben ihr Leben und sind zufrieden mit dem.“ (A13, 99)

Ein weiterer Arzt, stellt – auch aus eigener Betroffenheit – zu den Handlungsmöglichkeiten fest:

„Gar nichts. Weil, ah- die Leute da herinnen ja, ja sagen und hinausgehen und alles vergessen. Das ist die Erfahrung aus 30 Jahren. Aber ich denke, das ist die Erfahrung, die ich von mir selber habe. Ich bin übergewichtig, ich war noch mehr übergewichtig vor einiger Zeit. Ich weiß seit meinem 27. Lebensjahr, wo ich sozusagen fertiger Arzt war, dass Übergewicht ungesund ist, habe es trotzdem über viele Jahrzehnte nicht geschafft, normgewichtig zu sein. Ich weiß seit langer Zeit, dass Sport wichtig wäre, nachdem ich also kein Mensch bin, dem Sport enorme Freude bereitet ah- habe ich meinen Sport nicht gemacht. Das heißt, es ist eine riesen Diskrepanz zwischen dem, was ich weiß und dem, was ich tue. Und jeder, dem ich was sage: ‚weiß ich eh, tue ich ja eh ... Herr Doktor, wenn sie wüssten wie wenig ich esse!‘ So sitzt er da, oder sie, nicht? ... Ich sage: ich mache dir ja keinen Vorwurf, ich esse ja auch gerne. Ich bin ja nicht deswegen dick, weil ich aus Liebe

dick werde, sondern ah- ich esse für das was ich brauche zuviel. Ja, ja haben's eh recht. Innerlich denke ich ... Ja, so ist die Realität.“ (A12, 116)

6.4.2 Diskussion

Die Vorstellungen davon, was Gesundheitsförderung und was Prävention ist, sind bei den befragten Ärzten recht unterschiedlich. Eine den wissenschaftlichen Definitionen nahe kommende Abgrenzung gelingt nur Arzt neun. Bemerkenswert ist, dass derselbe Arzt neun beim subjektiven Gesundheitsbegriff dem krankheitsorientierten Verständnis nahe steht:

„Ja, ah- klar, aber im Endeffekt, wenn man heute schaut, es ist ja keiner mehr gesund, ich finde bei jedem etwas.“ (A9, 105).

Wie bei Flick et al (2004) war auch in der vorliegenden Untersuchung eine Definition von Gesundheitsförderung im Sinne von Kuration zu finden:

„Gesundheitsförderung verstehe ich eigentlich, wenn jemand, also den fördere ich, dass er gesund wird.“ (A13, 88)

Das Ergänzungsverhältnis von Gesundheitsförderung und Prävention wie es Pelikan und Halbmayer (1999) beschreiben oder das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (Antonovsky, 1997) sehen Ärzte nicht in der in den gesundheitswissenschaftlichen Konzepten beschriebenen Weise. Vielmehr haben sie eine Vorstellung, wonach es sich bei gesund erhaltenden bzw. krank machenden Faktoren um ein und dieselbe Angelegenheit handelt, die einmal so und einmal als ihr Gegenteil formuliert wird. Sie sehen also nicht so sehr den Möglichkeitsraum oder das Kontinuum (was einer prozessorientierten Sichtweise ähneln würde) sondern sie verorten den Punkt und sehen gesund erhaltende bzw. krank machende Faktoren als die zwei Seiten einer Medaille.

Vermutlich kommt auch das Unspezifische der Gesundheitsförderung für Ärzte erschwerend hinzu, da Ärzte doch sehr auf das Schema Diagnose – Therapie eingestellt sind.

Dennoch benennen Ärzte auch gesundheitliche Ressourcen. Die soziale Umwelt und die persönliche Lebensweise gelten Ärzten am weitaus häufigsten als Ressource für Gesundheit – beide Bereiche werden aber ebenso oft als Gesundheitsrisiko benannt. Für die soziale Umwelt sehen Ärzte durchwegs andere als sich selbst in der hausärztlichen Funktion zuständig. Höchstens das Ansprechen von Problemlagen in diesem Bereich und das Gespräch mit dem Patienten darüber wird als hausärztliche Aufgabe definiert.

Die physische Umwelt wird demgegenüber eher unter Risikogesichtspunkten ins Treffen geführt, wobei auch dafür andere als der Hausarzt als zuständig erachtet werden.

Das Gesundheitswesen als Faktor für Gesundheit wird kaum erwähnt. Wenn es genannt wird, dann als Financier von Vorsorgeleistungen wie Impfungen und Gesundenuntersuchung oder aber in Zusammenhang mit für die Gesundheit nachteiligen Effekten. Als Beispiel für solche nachteiligen Effekte werden anfängliche Unbedenklichkeitsbetuerungen bei Medikamenten angeführt, welche nach Jahren dann doch korrigiert werden (müssen).

Die Rolle des Arztes besteht beim Thema Gesundheitsförderung und Prävention in der Beratung und darin, dass auch der Arzt persönlich hinter (z.B. Impf-)Programmen stehen müsse (A8). Beratung ist überhaupt *das* – häufig einzige – Mittel, zur Verwirklichung von Gesundheitsförderung und Prävention in der Hausarztpraxis. Einzig die Vorbildwirkung des Arztes wird auch noch manchmal thematisiert (A8).

Die Wirkung von dieser Beratung wird aber nicht allzu groß eingeschätzt, weil eingespielte Lebensgewohnheiten schwer veränderbar sind:

„Ich kann im Gespräch Anregungen geben, was die Bewegung betrifft, ich kann immer nur Anregungen geben, ob es dann angenommen wird, das ist eher selten, weil die Lebensgewohnheiten so eingespielt sind, dass die Leute erst dann etwas ändern, wenn sie Probleme haben.“ (A11, 103)

Zu Versuchen, die Lebensweise der Patienten zu verändern, werden frustrierende Erfahrungen geschildert, die auch dazu führten, dass die Beratung zurückgenommen wurde:

„Da ist auch wieder das Gespräch ein sehr wichtiger Punkt und bei Einzelnen weiß ich, dass sie zum Rauchen aufhören zum Beispiel - das ist bei zwei oder drei Patienten bisher gelungen. Bei Übergewicht habe ich es aufgegeben, nachdem ich erfahren habe - ich war am Anfang sehr engagiert, bis ich gehört habe: der Doktor mag keine dicken Leute. Ha, ha, da habe ich mir gedacht, wenn es so ist, kann man ihnen nicht helfen. (A11, 113)

Vereinzelt unternehmen Ärzte auch den Versuch, von sich aus Dinge anzusprechen, deretwegen der Patient eigentlich nicht kam – auch damit sind die Erfahrungen unterschiedlich:

„Und wenn ich was mitbekomme, wenn der zufällig kommt, das ist ja dann auch das, wo man dann jemanden anspricht auf Dinge, die man, wegen denen er eigentlich nicht da ist.

Nachfrage Interviewerin: Ja, mhm, und wie sind Ihre Erfahrungen damit, wie reagieren die Leute auf das?

Recht unterschiedlich, die einen sagen: das habe ich eh schon immer probiert, das möchte ich eh, aber ich schaffe es nicht. Und da gebe ich Hinweise, wo man sich vielleicht hinwenden soll, oder wie es wirklich gelingen könnte nach den Erfahrungen nach. Ja und der andere, ist eher grantig und sagt, ja das geht sie ja gar nichts an.“ (A13, 112-114)

Die Überlegungen der Ärzte zu Gesundheitsförderung und Prävention drehen sich insgesamt stärker um die Verminderung von Risiken als um die Vermehrung von Ressourcen.

Gesundheitsrelevante Verhältnisse werden von Ärzten genauso thematisiert wie das Verhalten der Person. Anknüpfungspunkt für ärztliches Handeln bzw. ärztlichen Rat ist aber in den allermeisten Fällen nur die Verhaltensebene.

Ärzte, welche am gesunden Pol des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums ansetzen, sehen in der individuellen Lebensweise (Ernährung, Bewegung) bzw. in personalen Faktoren (Zufriedenheit, Ausgeglichenheit) die gesundheitsförderlichen Elemente. Ebenso wird die sozial-familiäre Einbettung (gesundes Familienleben, passendes soziales Umfeld, Freude am Beruf) als Ressource angeführt. In Kategorien der gesundheitsförderlichen Gestaltung der Rahmenbedingungen und Verhältnisse denken Ärzte darüber hinaus wenig. Lediglich ein Arzt bringt das Beispiel der Nahrungsmittelqualität als Möglichkeit, die Gesundheit zu fördern (A1).

Auch jene Ärzte, die beim Vermeiden von Krankheit bzw. Risikofaktoren ansetzen, erwähnen häufiger individuelles Verhalten als sie gesundheitsrelevante Verhältnisse thematisieren. Verhältnisgestaltung wird lediglich im Umweltbereich und bei der Unfallvorbeugung sowie in Zusammenhang mit Arbeitsplatz und Schule öfters genannt.

Insgesamt decken sich die Ergebnisse dieser Arbeit mit dem Befund von Flick et al (2004), dass sich Ärzte bei der Trennung der Begriffe Gesundheitsförderung und Prävention schwer tun und in die ärztliche Tätigkeit nur Teilbereiche Eingang finden.

Die befragten Ärzte selber empfinden sich für den überwiegenden Teil der gesund erhaltenden bzw. krank machenden Faktoren auch nicht zuständig. Umweltfaktoren, Arbeitsbedingungen und berufliche, schulische bzw. familiäre Situation sehen sie außerhalb ihres Einflussbereiches und auch was personale Faktoren und Lebensweisen betrifft, verweisen die allermeisten darauf, dass sie zwar beraten können und auch wollen, dass jedoch der Betroffene selber den Schritt tun müsse. Hier zeigt sich ein Interventionsverständnis der Ärzte zu Gesundheitsförderung und Prävention das gegenüber der Kuration doch deutlich distanzierter ist: während Ärzte bei diagnostisch-therapeutischen Maßnahmen im Allgemeinen selbstverständlich erwarten, dass Patienten ihren Empfehlungen Folge leisten (und die verschriebenen Medikamente einnehmen, die verordnete Physiotherapie antreten usw.), schwingt bei den präventiven und gesundheitsförderlichen Empfehlungen von vorne herein auch das Nicht-Befolgen des ärztlichen Rates als Option mit:

„Ja, freilich, ah im Rahmen der Gesundenuntersuchungen oder eben von diesen chronischen Erkrankungen, also da halt, dort wo es um die, um die Lifestyle-Modifikation geht, also, was weiß ich, Cholesterin senken, Zucker, Gewichtsreduktion, Blutdruck senken, gibt man schon Verhaltensmaßnahmen, Empfehlungen, wobei die natürlich meistens nicht umgesetzt werden, verständlicherweise, weil es einfach nicht so leicht ist, wenn man 70 Jahre lang oder 50 Jahre lang seinen Schweinsbraten am Sonntag isst, wird ihn der Doktor nicht verbieten können, wird sich niemand verbieten lassen. Sagen kann man es, tut man auch, aber ich bin jetzt nicht der große strenge Apostel, der da die Patienten schimpft, wenn sie das und das machen oder nicht tun. Da muss ich wieder sagen, im Prinzip ist jeder für seine Gesundheit verantwortlich und ich kann ihm Tipps geben und ich kann ihm was raten, aber ja, wenn er es nicht macht, bin ich ihm nicht böse.“ (A1, 32)

Gegenüber zusätzlichen Angeboten besteht einerseits Skepsis - hauptsächlich aus Ressourcen-Überlegungen – andererseits würde man sich inhaltlich schon berufen fühlen, wie die folgenden beiden Zitate aus Interviews zeigen:

„Nein ich glaube schon, dass einiges über den Hausarzt gehen kann, nur muss ich auch sagen, wir sind eh so ausgelastet. Wenn ich denke, ich habe drei Abendordinationen, dass ich dann nicht noch etwas dazu haben will, weil dann pfeiffe ich überhaupt aus dem letzten Loch. Wenn noch ein Abend weg ist.“ (A11, 171).

„Naja, sicher weil, weil, wie gesagt, man kennt ja die Familienverhältnisse, man kennt die Lebensverhältnisse des Einzelnen doch relativ gut dann mit der Zeit. Ich meine, ich bin jetzt auch noch nicht so lange im Geschäft, aber wenn du jetzt einmal zwanzig Jahre da bist, kennst wirklich alles, oder, und jeden, natürlich wären wir die Geeigneten da einzugreifen. Nur wie gesagt, das funktioniert mit den Rahmenbedingungen nicht, weil das, dadurch, die vielen Leute kenne ich ja nur deswegen, weil ich Kassenarzt bin und weil ich diese Masse durchschleusen muss bei mir. Und somit habe ich nicht die Zeit, da tiefer hinein zu gehen, wenn ich jetzt wo tiefer hineingehe, kann ich ja die Masse nicht mehr durchschleusen, dann kenne ich sie aber nicht mehr. Also das ist jetzt dann die Schwierigkeit, darum, darum sage ich, ich mache das für das Individuum persönlich, wenn es mir dort für wichtig erscheint.“ (A1, 102).

6.5 Hausärztliche Tätigkeit im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention

6.5.1 Aktuelles Angebot

Auf das in der Hausarztpraxis verwirklichte Angebot zu Gesundheitsförderung und Prävention zielten die Fragen 11 „Geben Sie den Menschen auch Empfehlungen betreffend die Gesundheit?“, 14 und 15, die konkret nach den Leistungen in Richtung Gesundheitsförderung Prävention fragten, sowie die Fragen 16, 17 und 18, welche nach Angeboten an Patientengruppen bzw. nach Zusammenarbeit mit anderen Personen oder Institutionen fragten.

Die Darstellung der Ergebnisse folgt der Unterscheidung in Ressourcen vermehrende (das ist der salutogenetisch geprägte Ansatz in Richtung Gesundheitsförderung) und Risiken vermindernde (das ist der pathogenetisch geprägte Ansatz der Prävention) Angebote.

Interessant ist weiters ein Blick darauf, welche Ansatzpunkte Hausärzte sehen, um Gesundheitsförderung oder Prävention zu verwirklichen: geht es bei den Angeboten der Hausärzte um (passive) Behandlung des Patienten oder geht es (auch) um (aktives) Verhalten der Person? Gibt es darüber hinaus ein Angebot oder Engagement zu Gesundheitsförderung und Prävention, das auf eine Änderung der Rahmenbedingungen für Gesundheit (Verhältnisse) gerichtet ist? Richtet sich das Angebot immer an Einzelpersonen oder gibt es auch Angebote für Gruppen?

Arzt 1 sieht sich bewusst für das Medizinische zuständig. Alle seine Angebote zielen auf Risikominderung und sind von einem pathogenetischen Zugang geprägt. Sie umfassen Sekundärprävention (als Beispiele werden Vorsorge-Mammographie oder Lungenröntgen genannt) und Tertiärprävention (physikalische Methoden – Strom, Ultraschall, Mikrowelle). Empfehlungen betreffend die Gesundheit werden während des normalen Praxisablaufes oder bei der Gesundenuntersuchung gegeben und betreffen Lifestylemodifikation und empfohlene Untersuchungen. Eine vorhandene Akupunktur- und Manualmedizinische Ausbildung wird aus Zeit- und Kostengründen nicht angewandt.

Arzt 2 sieht den Schwerpunkt in der Beratung zu Lebensstilfragen und zwar bewusst auch bei jungen Menschen:

„Die umfasst den Lebensstil, also Bewegung, Ernährung, Schlafen gehen – da sieht man bei Jungen immer wieder Sachen. Der gesamten Lebensstil - kann man versuchen, soweit das möglich ist und soweit die Leute wollen und zuhören.“ (A2, 97)

Dieser Arzt geht bei der Beratung auch über das Feld der Medizin hinaus, was unter dem Titel ‚Förderung individueller Handlungsfähigkeit‘ auch als Ressourcen vermehrend gewertet werden kann:

„Da habe ich eine gehabt, die hat schon gekündigt gehabt, dann ist sie die letzten drei Wochen gemobbt worden von ihren Kolleginnen. Dann haben wir gesprochen, ja was tun wir da: dann kündigst halt die letzten zwei Wochen auch noch – geh zum Chef, sag ihm das und schau, dass du das halt so auf die Reihe kriegst. Das hat dann auch geklappt. Das ist ein Beispiel von einem schnell lösbaeren Problem.“ (A2, 107)

Darüber hinaus sieht dieser Arzt auch in Behandlungen des Individuums Ansatzpunkte, wenn es um das geistige und soziale Wohlbefinden geht, wobei dies dann durch Überweisung zur z.B. Psychotherapie realisiert wird und nicht Teil des eigenen Angebotes ist:

„Burnout-Syndrome gibt's sehr viele. Wobei das eben so ein weit gefasster Begriff ist, aber die Situation am Arbeitsplatz ist zurzeit nicht einfach in vielen Betrieben. Dann wird's wirklich schwierig auch zu retten, was noch geht. Die schicke ich meistens zu einem Psychotherapeuten oder Psychiater. Da habe ich einige, ja. Aber das wird zunehmend schwieriger, also das ist in den letzten drei, vier Jahren deutlich mehr geworden. Deutlich.“ (A2, 101)

Arzt 3 sieht ebenfalls in der Gesundheitsberatung des einzelnen Patienten den Hauptansatzpunkt, wobei eindeutig ein Risikobezug besteht:

„Das ist erstens einmal sicherlich wenn irgend welche gesundheitlichen Probleme erstmals auftauchen, also es ist wieder hauptsächlich bei Bluthochdruck oder im Rahmen einer Gesundenuntersuchung, Übergewicht festgestellt wird, diese Fettstoffwechselstörungen, da versucht man, oder natürlich auch alle Probleme im Bewegungsapparat, versucht man darauf hinzuweisen, was kann man präventiv machen. Oft schon junge Menschen kommen mit Übergewicht, Bluthochdruck oder den Problemen im Bewegungsapparat. Also am Beginn und dann immer wieder einmal, das ist unterschiedlich, ja, sage ich einmal. Ich versuche zumindestens Menschen einmal im Jahr dann nicht nur immer Medikamente weiter zu schreiben, sondern entweder sie zu animieren, immer wieder eine Gesundenuntersuchung zu machen, wo so Probleme besprochen werden oder einfach zu sagen, ja, jetzt soll er wieder einmal zu mir auch hereinkommen.“ (A3, 59)

Alles, was über Ratschläge zu einem Gesundheits-Thema hinausgeht, wird von diesem Arzt anderen Personen oder Institutionen zugeordnet, sei es das Angebot zur Raucherentwöhnung bei der Gebietskrankenkasse, Angebote zu körperlicher Betätigung in Anbindung an das Krankenhaus oder psychologische Betreuung. Der Arzt ist für den Patienten Anstoßgeber und Berater, ohne das selber weiter zu verfolgen.

„Das sind aber sicherlich allgemeine Aussagen, Hinweise, Ratschläge, wo dann selber die Kontrolle fehlt“. (A3, 72)

Arzt 4 legt großen Wert auf Verhaltensempfehlungen für die Patienten und unterstreicht dies auch durch die Mitgabe schriftlicher Informationen nach dem Beratungsgespräch in der Ordination. Die ‚Infozept‘ genannten, schriftlichen

Informationen sind in die Ordinationssoftware eingebunden und es wird auch dokumentiert, dass der Patient das erhalten hat (ein Beispiel für ein so genanntes Infozept findet sich im Anhang):

„Ja, teilweise habe ich es mir selber erstellt und teilweise gibt es das eh auch von der Ärztekammer also gibt es diese, diese Infozepte, diese habe ich dann selber übernommen in der EDV und ich drucke das dann aus ... und das habe ich dann auch z.B. also da brauch ich dann, auf Knopfdruck kriegt er das und ich habe also auch dann dokumentiert, dass ich ihm die Blätter gegeben habe. Also ich kann nach einem halben Jahr einmal nachfragen ah- schauen sie noch darauf. Großes Anliegen ist z.B. die Raucherberatung bzw. die Raucherentwöhnung also da, da, rede ich mir den Mund fransig und geht es dann auch, das ist etwas, das kann ich Ihnen mitgeben, das können Sie mitnehmen.“ (A4, 27).

Weitere Beratungsthemen sind Ernährung bei z.B. Diabetes, erhöhtem Cholesterin, Gicht oder Bewegung. Auch die Lungenfunktionsprüfung mittels Spirometrie wird bei den Leistungen zu Gesundheitsförderung und Prävention genannt und z.B. eingesetzt, um die Notwendigkeit, mit dem Rauchen aufzuhören, zu untermauern. Insgesamt liegt auch bei diesem Arzt ein krankheitsbezogener Zugang vor mit primär- und sekundärpräventiven Anteilen. Zielperson ist der einzelne Patient, dessen Verhalten verändert werden soll.

Arzt 5 gibt Verhaltensempfehlungen in erster Linie bei der Gesundenuntersuchung (wovon er allerdings täglich ein bis zwei in der Dauer von etwa 30 Minuten macht), weil in der normalen Routine dafür die Zeit fehlt:

„Ansonsten bleibt eigentlich in der normalen Routine, Ordination, eigentlich kaum Zeit. Wenn ich Zeit habe, nehme ich mir für solche Sachen mir unter Umständen mehr Zeit, aber wenn dann wirklich zehn Patienten draußen sitzen, habe ich, wenn einer wegen Kreuzweh kommt, nicht die Zeit und auch nicht die Lust, dass ich da um irgendwelche Vorbeugung viel dazusage.“ (A5, 38)

Auch sein Zugang ist ein pathogenetisch geprägter, wie die folgende Aussage betreffend Gesundenuntersuchungsgespräch zeigt:

„Ja, da wird, wenn das alles in Ordnung ist, die Beschwerden, Laborwerte, Untersuchung, dann braucht man auch nicht viel dazu sagen, aber wenn ich sehe, der ist ein Raucher und übergewichtig und hat hohen Blutdruck, dann geht man sehr wohl darauf ein, was kann man machen. damit man das in den Griff bekommt. Also nicht jetzt nur medikamentös sondern auch, was kann man alles machen, dass man

diätetisch oder Bewegung oder wie kann man am besten Gewicht abnehmen.“ (A5, 40)

Sporadisch werden von diesem Arzt auch Gruppen-Vorträge für Senioren (alle zwei bis drei Jahre) oder z.B. zur Diabetesvorsorge (zuletzt vor fünf Jahren) gehalten.

Arzt 6 sieht Empfehlungen betreffend die Gesundheit bei der Gesunden Gemeinde angesiedelt, wo er mit beratender Funktion dabei ist. Der Part des Arztes wird krankheitsbezogen bzw. Risiko minimierend verstanden.

„Ja, wir haben jetzt z.B. die Aktion Gesunde Gemeinde laufen, das über das Land geht. Und da gibt es eben dann, ich sage einmal sechs oder acht Mal im Jahr Veranstaltungen, wo eben dann Hauptthemen z.B. ah Zuckerkrankheit z.B. ah- was noch, Prostatavorsorge beim Mann oder so ähnliche Themen abgehandelt werden und je nach dem gibt es dann Vorträge, wo man manchmal einen Experten dann holt oder einen Facharzt in die Gemeinde ah- und es gibt auch dann Veranstaltungen von der Gemeinde selber, wo also nur irgendwelche Schwerpunktthemen abgehandelt werden.“ (A6, 49)

Als Leistungen in Richtung Gesundheitsförderung und Prävention sieht er hauptsächlich Gespräche mit den Patienten und Beratung in der Ordination, die geführt werden etwa betreffend Bluthochdruck, Ernährung (Abnehmen), Salzkonsum, Bewegung oder Wirbelsäulenbelastungen. Wenn es um Bewegung und richtige Arbeitshaltung gehen soll, erfolgt auch eine Überweisung zu Physiotherapeuten. Weiters wird auf Seminare und Veranstaltungen im Krankenhaus (z.B. betreffend Diabetes) hingewiesen oder – bei ausreichender Motivation des Patienten – auf Selbsthilfegruppen wie die anonymen Alkoholiker.

Arzt 7 wirkt resigniert bei Empfehlungen betreffend die Gesundheit:

„Wenn es Sinn macht. Wenn ich weiß, das ist ein Sünder oder er ist bekennender Raucher und sagt mir offen ins Gesicht – ich kann nicht aufhören ... einen habe ich, der hat einen bomben Herzinfarkt gehabt, der kann nicht aufhören, der muss weiterräumen, na. OK ich habe zu ihm gesagt, das ist ihr Risiko, das heißt nicht, dass ich sie nicht behandle, aber, aber ich kann nicht alles machen, oder verhüten was passiert, na. Oder auch bei Diabetiker, ne, manchmal gehe ich provokant in eine ganz bestimmten Konditorei, wo eine Gruppe alter Damen sitzt, die dann zur Salzsäure erstarren, wenn ich vorbei gehe [Lachen], das sind solche Sachen die ja, die gehören nicht zur Therapie dazu, aber was manchmal gar nicht schlecht ist, wenn man zwei Fliegen auf einen Schlag erwischt, nicht? ... oder Junge zur Gesundheitsvorsorge und wenn ich dann sage, pass auf: du hast die und die Befunde, du wirst in so und so vielen Jahren so ausschauen, mit neunzigprozentiger

Wahrscheinlichkeit ah- das ist keine Frage des Tempos sondern der Konsequenz, der Kontinuität das und das zu machen ... ich predige nicht dreimal.“ (A7, 47)

Das Angebot zu Gesundheitsförderung und Prävention bezieht sich auf individuelle Beratung – mit oder ohne Medikament – und ist risikobezogen, wobei dieser Arzt die Zuständigkeit dafür eher „fachspezifisch“ sieht:

„Eigentlich kaum. Das sind eher so fachspezifische Sachen, so eher für den internistischen Bereich, die da relativ viel machen können, bzw. Orthopäden, Psychotherapeuten, aber der Praktiker nicht. Das lässt sich nicht spezialisieren, weil wir für alles da sind.“ (A7, 63)

Das eigene Angebot beschränkt sich auf Cholesterinberatung, Beratung bei Diabetes und auf das, was im Rahmen der Gesundenuntersuchung geschieht.

Arzt 8 bezeichnet sich selber als „militanten Nichtraucher“ und nimmt jeden geringen Anlass um – auch der Jugend – möglichst eindringlich vom Rauchen abzuraten. Alkoholmissbrauch und Ernährungsberatung sowie Ratschläge in punkto Bewegung und richtiges Heben, Tragen sind weitere Themen bei der als sehr wichtig eingestuften Beratung.

„Von dieser Beratung, die ich persönlich sehr, sehr hoch einstuft, weil ich glaube, die Gesundheitsprävention beginnt eigentlich beim Patienten und nicht beim Arzt. Wenn der Patient nicht mittut, dann läuft gar nichts. Es hat z.B. keinen Sinn, wenn er jährlich auf Kur fährt und das Jahr dazwischen nicht nutzt, die erlernten ah-Bewegungsübungen, Muskelkräftigungsübungen oder was weiß ich, regelmäßig zu machen, dann werden seine Kreuzschmerzen nicht besser werden. Denn die drei Wochen, die helfen nicht. Und ah genauso ist es in den anderen Bereichen, wenn er nicht bereit ist, seine Ernährung umzustellen oder bereit ist, das Rauchen einzustellen oder vernünftig mit Alkohol umzugehen, dann wird sich nicht viel ändern.“ (A8, 70).

Die Beratung wird auch als erfolgreich – mit Ausnahmen – eingestuft:

„Oja, das passiert schon immer wieder, es gibt da wirklich ganz schöne Erfolge, da kann man sagen: steter Tropfen höhlt den Stein. Ein Patient hat mir neulich gesagt, nachdem ich ihm nach der fünften Bronchitis wieder gesagt habe, er soll das Rauchen aufhören, da hat er sich gedacht: jetzt geht mich das schon so an, dass der mir jedes mal sagt, ich soll nicht rauchen, jetzt höre ich wirklich auf. Also den habe ich einfach so genervt und der ist mir dankbar, dass ich ihn genervt habe. Aber es kann auch umgekehrt auch sein, dass der Patient dann nicht mehr kommt.“ (A8, 72).

Auch die Impfvorsorge ist diesem Arzt ein Anliegen, wobei alle diese Themen sowohl im Rahmen von Vorträgen als auch individuell angesprochen werden.

Arzt 9 setzt in erster Linie sekundärpräventiv an, bei den degenerativen Erkrankungen und bei Herz-, Kreislauf-, Stoffwechselproblematiken und macht anhand von spezifischen Untersuchungen diesbezüglich Beratung. Früher organisierte dieser Arzt auch selber Diätberatungsgruppen, was aber eingestellt wurde, weil es in der Wahrnehmung des Arztes in seiner Freizeit geschah.

Arzt 10 nennt Raucher als sein großes Anliegen neben Übergewicht und Bewegungsmangel. Mit der Gesundenuntersuchung hat er keine guten Erfahrungen:

„Und wenn einer raucht und zwanzig Kilo Übergewicht und zufällig ein normales Cholesterin, da kann man sagen, was man will, der sagt: mein Zucker und mein Cholesterin passt“. (A10, 73)

Mit der individuellen Beratungssituation während der Ordination werden bessere Erfahrungen geschildert als mit der Gesundenuntersuchung, wobei als ‚Methode‘ drastische Schilderungen zum Einsatz kommen:

„Ah- ja, jedes Mal wenn sie einen Husten haben, dann frage ich, wie viel sie rauchen und wie alt sie werden möchten usw., oder was sie sich in der Pension vornehmen, ja, ich sage alle möglichen Sachen. Ich sage auch ganz schlimme Sachen. Ich frage auch manche Leute warum ah- unternimmt der Staat nichts gegen das Rauchen und dann sage ich: weil er sich die Pension spart. ... Oder einfach mit dem Husten z.B. ein häufige Situation, wenn das kleine Kind ewig hustet, dann sage ich, und wo rauchen sie - am Balkon - ziehen sie sich komplett um nach dem Rauchen? – Nein - also da bin ich ganz scharf, wenn so ein kleines Kind hustet und: „ich möchte endlich an gescheiterten Hustensaft!“ – also da kann es passieren, dass die Leute nicht mehr kommen, aber manche nehmen sich das zu Herzen.“ (A10, 79)

Gruppenangebote – z.B. Nikotinentwöhnung – wurden versucht, aber es kam keine Gruppe zusammen, weil „das Kollektiv zu klein“ ist.

Arzt 11 ist der einzige, der auch ein Angebot für Gruppen von Personen hat. Dieses besteht aus einer Fastenwoche ein- bis zweimal im Jahr. Dabei gibt es einen Einführungsabend und eine Woche lang ein tägliches Treffen in einem Raum in der Ordination zum Fastensuppe-Löffeln und Gespräch. Dabei sind zwei Drittel der Teilnehmer schon mehrmals dabei gewesen, ein Drittel sind immer wieder neue

Teilnehmer. Betreffend Vorträge (z.B. Kinderarzt gemeinsam mit Elternverein) bestehen frustrierende Erfahrungen, da die Teilnehmerzahl zu gering war. Individuelle Beratung erfolgt regelmäßig aus Anlass von Beschwerden, wobei die Erfolge als mäßig beschrieben werden. Erwähnt wird auch Literatur: „den Leuten was zum Lesen geben“ (A11, 73).

Arzt 12 hat als Hauptanknüpfungspunkt wieder risikobezogene Beratung im Rahmen der Ordination zu Themen wie Bluthochdruck, Lifestyleveränderung, Salzkonsum, Bewegungsmuster, Tag-Schlaf-Rhythmus, work-life-balance. Auch die Lungenfunktionsmessung wird als Angebot zu Gesundheitsförderung und Prävention genannt. Ansonsten verweist dieser Arzt auf sein eigenes Alter und darauf, dass er daher „den Standard halten“ aber nichts Neues anbieten möchte. Auch Vorträge zu organisieren (Referentenpool der Ärztekammer), hat er aufgehört, weil trotz mehrwöchiger Bewerbung in der Gemeindezeitung nur sieben Zuhörer kamen. Die Themen waren bei diesen Vorträgen durchwegs krankheitsbezogen.

Arzt 13 schließlich siedelt Empfehlungen betreffend die Gesundheit nicht primär im Einzelgespräch, sondern im Rahmen von Vorträgen an.

„Ja, das macht man meistens so im Rahmen von irgendwelchen Vorträgen. Also nicht so einzeln in der Ordination, sondern in so Vorträgen, Gesundheitsvorträgen in der Gemeinde. Ja, da wird man angesprochen meistens eh von der Gesunden Gemeinde oder eh über die katholische Bildung, über das katholische Bildungswerk, ob man nicht einmal einen Vortrag halten möchte und dann lasse ich mir halt Themen geben, die sie interessieren, da sollen sie sich umhören in der Bevölkerung oder ich lege einen Zettel auf, was für ein Thema, zu welchem soll ich reden, und dann machen wir einen Termin aus und dann wird dann alles besprochen. Genauso manchmal habe ich nur einen Vortrag bei den Senioren, bei so einem Seniorennachmittag.“ (A13, 54)

Die Themen sind dabei durchwegs Krankheits- oder Organbezogen und reichen von Magen-Darmtrakt, Herzinfarkt (auch spezielle Herzinfarkte z.B. bei Frauen) über Osteoporose bis Demenz. Das Angebot der Hausarztpraxis zu Gesundheitsförderung und Prävention beschränkt sich hauptsächlich auf die Gesundenuntersuchung.

Angebote an Gruppen von Menschen aus dem Bereich Gesundheitsförderung und Prävention sind sehr selten. Wenn es doch, welche gab, so liegen gemischte Erfahrungen dazu vor:

„Das haben wir schon einmal gehabt in [Ortsname] und zwar hat es da so Abnehmgruppen gegeben, das ist über zwei Semester gelaufen, an und für sich eh gut angekommen, nur das kann man nicht ein ganzes Jahr machen, man hat dann immer wieder Pausen und in diesen Pausen tut sich gar nichts, dann werden sie wieder rückfällig, dass nachher der Einstieg so schwierig ist, dass man nicht immer von vorne anfangen muss. Und das war schwierig und das habe ich auch selber mitbekommen, also das ist bei mir genauso gewesen, wie bei der durchschnittlichen Bevölkerung, ha,ha. Also man müsste das eigentlich fast zwölf Monate durchmachen, dann passt das. ... Das hat organisiert eine Lehrerin in [Ortsname]. Und über mich haben wir dann die Leute eben aktiviert und ich war selber auch dabei und es hat wirklich jeder abgenommen also zwischen 5 und 10 kg wirklich jeder, aber das Problem war einfach diese lange Pause dann dazwischen. Und mit Herbst ist es dann sowieso wieder schwieriger, weil Herbst ist einfach weniger. Die Leute kommen am Abend heim, da gibt es nicht mehr so viel Bewegung, da kann man nicht mehr so viel hinausgehen und so. Das war ein ganz wichtiger Aspekt bei diesem Programm, einfach die Bewegung. Das ist auch gemeinsam gemacht worden.“ (A13, 82)

Darüber hinaus beschränkt sich das Angebot an Gruppen von Leuten auf Vortragstätigkeiten im Rahmen der Gesunden Gemeinde oder bei Vereinen, wobei die Vorträge selten gemacht werden und wenn, dann sind sie krankheitsbezogen.

Zur Rolle der Gesundenuntersuchung als solcher äußern sich neun Ärzte positiv, hauptsächlich mit der Begründung, dass dabei dann genügend Zeit sei für das Gespräch. Die Inhalte beziehen sich auf Lifestylemodifikation und krankheitsbezogene Beratung. Ein Arzt bestellt aktiv zur Gesundenuntersuchung, um Dinge ausführlicher zu besprechen. Ein anderer Arzt plädiert dafür, die Gesundenuntersuchung gesetzlich verpflichtend mit Anreizen wie beim Mutter-Kind-Paß zu regeln und verspricht sich davon um die Hälfte weniger Diabetiker (A4).

Ein weiterer Arzt bedauert, dass die Gesundenuntersuchung nicht in dem Maße in Anspruch genommen wird, wie es sein sollte:

„Die Leute, ja ich weiß nicht warum, aber da gibt es diese hetzige Mentalität des Landes oder in der Stadt genauso: was ich nicht weiß, macht mich nicht heiß.“ (A12, 49).

Drei Ärzte sehen die Gesundenuntersuchung kritisch. Hauptkritikpunkt ist dabei, dass immer die gleichen Leute oder jene, die wegen Zuckerkrankheit oder einer anderen Erkrankung ohnehin in laufender Kontrolle sind, die GU in Anspruch nehmen. Beklagt wird auch, dass die Leute zu wenig oder keine Konsequenzen ziehen aus den Ergebnissen.

In einem einzigen Interview kam die Gesundenuntersuchung gar nicht zur Sprache.

Die Initiative Gesunde Gemeinde wird von sechs Ärzten positiv erwähnt und es werden die in diesem Rahmen organisierten Vorträge begrüßt – egal, ob der Arzt selber oder andere Ärzte als Vortragende fungieren. Fünf Ärzte nehmen dazu eine eher kritische Haltung ein, wobei einerseits die Inhalte der Gesunden Gemeinde (Paramedizin, „Heilkraft des Mondsteines“ (A12), Gesunde Schuljause von Müttern wird zum „Wettbewerb, wer das meiste „süße Zeug“ (A10) mitbringt) kritisiert werden und andererseits darauf verwiesen wird, dass der Arzt sich bei der Gesunden Gemeinde in seiner Freizeit engagiert. Bei einem Interview kam die Gesunde Gemeinde nicht zur Sprache. Wenn sich der Arzt an der Gesunden Gemeinde beteiligt, ist es meist in der Rolle des ‚Dabei-Seins‘ – auch als medizinischer Berater - und es werden krankheitsbezogene Informationsvorträge gehalten. In einem Fall ist die Gesunde Gemeinde sehr auf den Hausarzt zugeschnitten und besteht aus der Arztgattin (Arbeitskreisleitung), dem Arzt und zwei weiteren Damen. In diesem Fall erscheinen in der Gemeindezeitung auch regelmäßige Artikel des Arztes. Die Mitgliedschaft im Arbeitskreis Gesunde Gemeinde (gekoppelt mit einer Tätigkeit im politischen Gemeinderat) versetzt einen Arzt nach eigenen Angaben auch in die Lage, das Gemeindeumfeld zu verbessern. Dies ist die einzige auf die Verhältnisse bezogene Aussage in Zusammenhang mit der Gesunden Gemeinde aus allen Interviews.

Über die Gesunde Gemeinde und Zuweisungen (inkl. darauf bezogene Rücksprachen) zu anderen Berufsgruppen (z.B. Physiotherapeuten, Ernährungsberatung) hinaus finden so gut wie keine Kooperationen mit anderen Personen oder Institutionen im Bereich Gesundheitsförderung und/oder Prävention statt.

6.5.2 Erwünschte zusätzliche Angebote

Frage 33 zielt direkt auf ein mögliches zusätzliches Angebot zu Gesundheitsförderung in der Hausarztpraxis:

Ziel meiner Forschungsarbeit ist es herauszufinden, ob es sinnvoll ist, mehr gesundheitsfördernde Angebote in die Hausarztpraxis zu bringen. Möchten Sie mir dazu noch etwas mit auf den Weg geben?

Uneingeschränkt befürwortet wurde ein solches zusätzliches Angebot von keinem Arzt.

Die Ärzte 1, 3, 4, 7, 9, 11 und 12 stufen es als grundsätzlich sinnvoll ein, mit Einschränkungen. Die Sinnhaftigkeit wird z.B. daran festgemacht, dass der Hausarzt das Vertrauen des Patienten genießt und erfolgreich rekrutieren kann. Einschränkungen werden im organisatorischen und zeitlichen Bereich gesehen. Ein Arzt (A1) erwähnt, dass es sinnvoll wäre, diese Angebote in der Hausarztpraxis zu machen, in Kombination mit gesundheitsförderlich tätigen, anderen Berufsgruppen. Ein anderer Arzt (A3) meint, dass es für die Organisation eine Unterstützungsstruktur bräuchte, die je nach Größe des Ortes auch unterschiedlich ist und thematisiert auch die Frage der Honorierung von Arzt und auch Ordinationshilfe. Arzt 4 problematisiert, wie Leute, die nicht krank sind, angesprochen werden können und verweist darauf, dass die Menschen derzeit ihre gesundheitlichen Belange mit para- und pseudomedizinischen Berufsgruppen erörtern. Arzt 7 verweist darauf, dass auf die Größe der Praxis, deren örtliche Lage und die Bevölkerungsstruktur abgestimmte Angebote notwendig seien. Arzt 9 betont, dass das Angebot zuerst definiert und dann als von Politik, Kammer und Kasse getragenes Programm umgesetzt werden müsste. Für Arzt 11 wäre eine Arbeit mit Kleingruppen sinnvoll, allerdings sieht er für sich zeitliche Schwierigkeiten. Zeit und Honorierung sind auch für Arzt 12 die einschränkenden Rahmenbedingungen:

„Ich denke mir, na ja, mehr gesundheitsfördernde Maßnahmen oder bewusstseinsfördernde Maßnahmen in die Hausarztpraxis zu bringen, ist eine Frage der Zeit und der Honorierung. Weil, was mache ich jetzt, eine Massenordination. ... Ja, wobei ich einfach sage, ich wüsste zurzeit nicht, wann ich das unterbringe. Natürlich am Nachmittag kann ich, ich kann schon, ich kann ja arbeiten bis open end, ja. Aber da muss man halt hergehen und sagen, diese Dinge wären, sind gut, die sind sicher

richtig, ja, ist sehr wichtig, der Weg geht in die richtige Richtung, aber es müsste halt auch so sein, dass man sagt: ja es rentiert sich auch.“ (A12, 169)

Die Ärzte 2, 5 und 8 stellen fest, dass Angebote ohnehin vorhanden sein würden, etwa in Form der Gesunden Gemeinde oder durch die Gesundenuntersuchung. Ein Teil dieser Ärzte meint, nicht zusätzliche Angebote, sondern das Erreichen der Richtigen, sei wichtig. Die Gründe für die Ablehnung zusätzlicher Angebote betreffen die Größe der Zielgruppe und damit die Effizienz des Ressourceneinsatzes.

„Ich meine, wenn ich für meine betreuten Patienten im Quartal etwas aufbaue, was dann nur ein paar annehmen. Das soll man nicht bezogen auf die Arztpraxis sondern außerhalb der Arztpraxis für mehr Leute, wo wir alle hinschicken können, ohne dass jetzt da einer. Das finde ich gescheiter, weil die Ressourcen eh nicht so groß sind.“ (A2, 201).

Auch fehlendes Interesse seitens der Patienten wird angeführt:

„Dass man da auch noch zusätzlich etwas einbaut, ich meine, man muss froh sein, dass man die aktiviert die Patienten mit der Vorsorge. Ich wüsste nicht, dass man da sonst noch wen hinterm Kamin, hinter dem Ofen hervorholen kann mit irgendwelchen anderen.“ A5, 113

Arzt 6 sieht keine Möglichkeit, zusätzlich etwas anzubieten, weil die Zeit fehlt und nicht honoriert wird. Darüber hinaus wird z.B. die Sicherstellung einer korrekten Medikamenteneinnahme durch ältere Patienten als vordringlicher eingestuft.

Arzt 10 sieht die Hausarztpraxis als Kommunikationsforum, über welches man sich für Angebote anderer Anbieter (Vitaltrainer, Krankenhausambulanz) anmelden kann. Für eigene zusätzliche Angebote fehle die Kapazität.

Für Arzt 13 gehört Gesundheitsförderung „in die Familie und nicht so sehr in die Arztpraxis.“

Mit der Gestaltung des Settings Schule machte ein Arzt frustrierende Erfahrungen:

„Das ist eigentlich, da fängt schon die Katastrophe an, im Kindergarten können die Kinder aufstehen und können herumrennen und Ding und in der Schule sitzen sie und sitzen und sitzen und wenn du einmal Schularzt, ich war einmal Schularzt, ich mache das nicht mehr, weil ich gar keine Zeit mehr dazu habe und außerdem das so frustrierend ist, wenn man versucht, gewisse Dinge zu ändern und dann von Eltern,

Lehrern und, und Gemeinden boykottiert wird. Ah- aber da, da ist also Gesundheitsvorsorge ganz, ganz vordringlich, ja. Dass man also wirklich schon Kleinkindern oder Schülern, Volksschülern ah- irgendwie durch eine Erziehung, und das geht nur durch Erziehung, da kannst du keinen Vortrag einfach nur so, das wäre gut. Das gehört in die Erziehung dazu, da gehören Lehrer, gehören also da vielmehr eingebunden, ah, ja, das richtige Sitzen ja, die Bewegung und so weiter.“ (A4, 100)

6.5.3 Diskussion

Nachdem im Zwischenfazit unter Punkt 6.4.4 festgestellt werden musste, dass Ärzte von sich aus nicht offensiv in das Thema Gesundheitsförderung und Prävention gehen, wenn man sie nach gewünschten zusätzlichen Angeboten fragt, soll an dieser Stelle diskutiert werden, wie die Haltung von Ärzten ist, wenn man das Thema sozusagen an sie heranträgt.

Im Fokus des Hausarztes steht mit wenigen Ausnahmen die individuelle Person und ihre Behandlung, ihre Beratung und ihr Verhalten. Inhaltlich ist das Spektrum dabei recht weit gefasst, denn die Themen umfassen die Lifestyle-Modifikation genauso wie psychische Fragestellungen (wobei hier sehr rasch die Überweisung zur Psychotherapie erfolgt) und auch (in wesentlich geringerem Ausmaß) Fragen, die in die allgemeine Lebensberatung gehen, wie etwa schwierige Situationen im Beruf.

Generell erfolgt nach dem Erkennen der Problemlage sehr schnell die Zuweisung zu spezialisierten Angeboten – etwa Raucherentwöhnung, Bewegungsangebote, Ernährungsberatung, Psychotherapie, Physiotherapie. Die Tätigkeit in der Hausarztpraxis selber beschränkt sich auf Ratschläge. Manche Ärzte intensivieren ihre Beratungstätigkeit durch die Mitgabe schriftlicher Informationen.

Die Gesundenuntersuchung als solche wird gemischt bewertet, wobei Aussagen zur grundsätzlichen Sinnhaftigkeit überwiegen. Diese Aussagen betreffen hauptsächlich die Tatsache, dass im Rahmen der Gesundenuntersuchung mehr Zeit pro Patient zur Verfügung stehe. Es gibt sowohl Ärzte, welche die Gesundenuntersuchung intensiv nutzen, um auch Verhaltensempfehlungen zu geben, als auch (weniger) Ärzte, welche die Sinnhaftigkeit dieses Programmes generell in Frage stellen, weil die Menschen keine Konsequenzen aus den Ergebnissen ziehen. Solche frustrierenden Erfahrungen hinsichtlich Aktivierung und Durchhaltevermögen der Patienten decken

sich auch mit dem Befund von Haisch (2004), dass das „Überzeugungsmodell“ (Leppin 2001) eben nicht ausreichend ist, um nachhaltige Verhaltensänderung zu bewirken.

Es bestehen erhebliche individuelle Unterschiede, was die Einschätzung der Bedeutung des Hausarztes für die Gesundheitsförderung und Prävention betrifft. Ein kleinerer Teil der Ärzte beschränkt sich bewusst auf das Medizinische, der größere Teil sieht in der beratenden Funktion schon eine wesentliche Rolle und ein wiederum kleiner Teil legt großen Wert auf die Funktion des Hausarztes bei der Gesundheitsförderung und Prävention. Es bleiben jedoch auch die Letztgenannten innerhalb des engen Rahmens der individuellen Person und von deren Verhalten anlässlich von Risikofaktoren.

Sowohl bei der Gesundenuntersuchung als auch generell herrscht eindeutig ein pathogenetisch geprägter Zugang vor: Handlungs- und Beratungsbedarf wird dann gesehen, wenn Risikofaktoren oder Beschwerden oder eine Krankheit vorliegen. Alle Ärzte ohne Ausnahme führten bei den aktuellen Angeboten zu Gesundheitsförderung und Prävention ausschließlich krankheitsorientierte Interventionen an. Auch für die Beratung finden sich ausschließlich Risiko minimierende Themen - die Ressourcenstärkung ist kein Beratungsthema in der Hausarztpraxis. Insofern findet sich die grundsätzliche Feststellung von Luhmann (1993) zum Medizinsystem bestätigt, dass für den Arzt nur Krankheiten instruktiv sind und die Gesundheit nichts zu tun gibt.

Fast entsteht der Eindruck, dass das Arzt-Patienten-Verhältnis aus Sicht der Ärzte sich auf dem Weg von der Krankenbehandlung in Richtung Gesundheitsförderung an irgend einer Stelle wendet: beim kurativen Kontakt ist es sehr stark der Arzt, der weiß, was zu tun ist, und dies veranlasst – der Patient erhält die ärztliche Behandlung, Medikamenteverordnung, Verschreibung (weswegen er ja auch gekommen ist) und befolgt diese. Je weiter sich die Konsultation vom Schema Diagnose-Therapie-Heilung weg in Richtung komplexere Krankheitsbilder oder „noch-nicht-Krankheiten“ entwickelt, desto stärker nimmt sich der Arzt in der Regel zurück, gibt vielleicht noch den einen oder anderen Ratschlag, betont ansonsten aber die Verantwortung des Patienten für seine Gesundheit. An irgendeinem Punkt zeigt sich diese Wende immer, bei manchen Ärzten früher, bei anderen später.

Bildlich (und damit notwendigerweise verkürzt) gesprochen könnte man das bei oberösterreichischen Hausärzten vorgefundene Verständnis so darstellen: Für den Umgang mit pathogenen Faktoren (Risiken) in der einen Waagschale des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums, gibt es ärztliche Unterstützung - die aber auch Grenzen hat. Für den Rest und vor allem dafür, salutogene Faktoren (Ressourcen) in die andere Waagschale zu legen, ist der Patient selber oder jemand anderer zuständig.

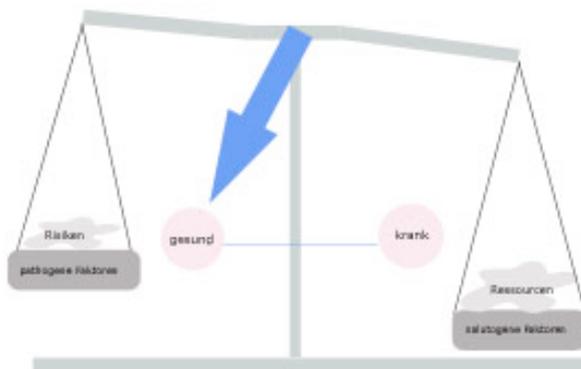


Abb. 21: Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Darstellung einer Waage
Quelle: (Universität Marburg), homepage

Blickt man zusammenfassend auf die Rolle des Hausarztes bei Gesundheitsförderung und Prävention, so zeigt sich ein ambivalentes Bild. Heinzelmann, selber Mediziner und Gesundheitswissenschaftler, gelangt – idealisierend – bereits 1998 zu der Aussage: „Der im freien Beruf praktizierende Arzt kommt im Gegensatz zu vielen seiner in Klinik und Institution angestellten Kollegen mit der Masse der Bevölkerung sozusagen in repräsentativen Schnitten in Kontakt, mit Menschen aus allen Schichten und Altersklassen, besonders auch mit Kindern und Jugendlichen, mit noch Gesunden, Personen in Vor- oder Frühphasen von Krankheit und Risikoträgern aller Art“. (Heinzelmann 1998, S. 16). Diese Sonderstellung „gegenüber dem in Klinik oder Institution angestellten Arzt, der häufig nur einer ausgewählten Klientel mit spezieller oder stereotyper Belastung, nicht aber einer Klientel unter bevölkerungsweit wechselnden Bedingungen begegnet“ (Heinzelmann 1998, S. 16), mag vom Potential her betrachtet zutreffen. In der Wahrnehmung derer, denen diese Rolle zugeschrieben wird, zeigt sich jedoch ein differenzierteres Bild. So weisen zwei Ärzte (A1, A13) darauf hin, dass sie mit den Gesunden gar nicht in Kontakt kommen:

„Der Hausarzt hat nicht so viel Einfluss auf das, das ist eher so ein bisschen ein Berater und Begleiter, wenn es schon etwas hat, oder die halt öfter kommen. Wenn wer nicht kommt, sehe ich leider, die arbeiten den ganzen Tag, die haben vielleicht einmal im Jahr irgendeine Grippe. Die brauchen einem nicht, weil die werken einfach vor sich hin und haben ihr Leben und sind zufrieden mit dem.“ (A13, 99)

Selbst wenn der Kontakt gegeben ist, werden die Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt gesehen.

Was mögliche zusätzliche Angebote der Hausarztpraxis im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention betrifft, so halten sich Befürworter und Skeptiker in etwa die Waage. Als Gründe für Skepsis werden angeführt, dass Angebote ohnehin vorhanden seien, jedoch von den Falschen oder nicht in Anspruch genommen würden. Weitere Gründe sind fehlende Zeit und Honorierung, wobei die Letztgenannten auch von Befürwortern angeführt werden. Die Befürworter sehen jedoch durchaus Mittel und Wege, um Gesundheitsförderung und Prävention stärker als bisher in den Versorgungsalltag zu integrieren. Hauptsächlich betreffen diese Ansatzpunkte Kooperationen: einerseits inhaltlicher Art mit „gesundheitsförderlich Tätigen“, andererseits im organisatorischen Bereich, indem Organisationsleistungen von anderen übernommen und auch die Rekruten mehrerer Arztpraxen zu gemeinsamen Aktivitäten zusammengefasst werden.

Wie auch schon Faltermaier (1999) bei der Untersuchung von Gesundheitsvorstellungen von Laien fand, sehen auch oberösterreichische Hausärzte, dass verschiedene andere Handlungsziele und Alltagsanforderungen mit dem Motiv Gesundheit in Konkurrenz stehen.

Settingbezogene Interventionserfahrungen der Hausärzte sind bislang, egal ob in Gemeinde oder Schule, entweder gar nicht vorhanden oder frustrierend verlaufen. Aus Sicht der Gesundheitswissenschaften liegt die Vermutung nahe, dass dies nicht zuletzt auch an einer mitunter recht laienhaften Verwirklichung settingorientierter Interventionen in der praktischen Umsetzung liegt. In einer stärkeren Kombination von sehr zu begrüßendem, ehrenamtlichen Engagement (z.B. in den Schulgemeinschaftsausschüssen und in den Arbeitskreisen Gesunde Gemeinde) mit

professioneller Begleitung durch Gesundheitswissenschaftler könnte hier Potential liegen.

Auch Heinzelmann kommt im Ergebnis seiner Arbeit zu keinem eindeutigen Schluss: „Der praktizierende Arzt sollte sich seiner Grenzen in Gesundheitsförderung und Prävention bewusst sein und sie nicht an sich zu ziehen suchen, sofern er sie aus vorwiegend wirtschaftlichen Gründen erstrebt, da Zeit- und Prozessrahmen der kurativen Praxis ihnen in keiner Weise entsprechen (überwiegende Krankheitsorientierung)“ ... „Der Gesundheitsaspekt darf aber im ärztlichen Denken heute keinesfalls fehlen“. (Heinzelmann 1998, S. 159).

6.6 Aus- und Weiterbildung aus der Sicht oberösterreichischer Hausärzte

Die Fragen 24 bis 27 beschäftigten sich mit der Sichtweise oberösterreichischer Hausärzte zur Aus- und Weiterbildung und zwar sowohl für die ärztliche Tätigkeit allgemein als auch für Gesundheitsförderung und Prävention:

Frage 24: Wenn Sie an Ihre Ausbildung zum Arzt an Universität und Krankenhaus zurückdenken, welche Inhalte würden Sie sagen haben für die Arbeit in der Hausarztpraxis viel gebracht?

Frage 25: Hat in der Ausbildung auch etwas gefehlt, das man für eine Tätigkeit als Hausarzt darüber hinaus benötigen würde? Was war das?

Frage 26: Und wie ist es mit Weiterbildungsmöglichkeiten für Hausärzte, die bereits in der Praxis tätig sind – wie ist ihr Eindruck dazu?

Frage 27: Und wenn wir nun ein letztes Mal bewusst auf Gesundheitsförderung und Prävention blicken – wie beurteilen sie die Ausbildung und das Weiterbildungsangebot dazu?

6.6.1 Der Bereich Kuration

Die Ausbildung im Medizinstudium an der Universität wird mit einer einzigen Ausnahme (A7) von den befragten Ärzten durch die Bank als mangelhaft beschrieben.

Hauptkritikpunkte sind dabei eine Überbetonung von Theorie (z.B. zuviel Pathologie, oder: „sechs Jahre studieren und keinen Patienten sehen“ (A1, 88; A6, A10) und das Fehlen von Inhalten zur Arzt-Patienten-Interaktion (A2, A3, A9, A11):

„Das erste Mal irgendetwas machen mit Leuten, die nicht wollen, behandelt werden wollen und so weiter, also das sind auch Dinge, die haben wir nicht gehabt.“ (A2, 147)

„Wir sind sehr viel mit Situationen und mit Menschen konfrontiert, oder vor allem auch mit Leiden und Erkrankungen konfrontiert, die einen nicht kalt lassen können, selber einen emotional berühren und wir sind da durchaus im Studium oder in der Krankenhausbildung eigentlich wenig drauf vorbereitet und man lernt erst mit der Erfahrung in der Praxis über Jahre damit umzugehen und das Schwierige ist, den Mittelweg zu finden zwischen einer zuviel-Zuwendung oder zuviel eigenen Emotionen und einer völligen Abwehr von Emotionen. Das merkt der Patient und, und andererseits muss man ein bisschen einen Selbstschutz und, und einen gewissen Schild aufbauen, weil sonst würde man das in der Anzahl, wie wir es machen müssen, ja nicht bewältigen.“ (A3, 12)

Die mangelnde Vorbereitung auf die administrativen Praxisabläufe, auf das Ausstellen diverser Gutachten und Atteste sowie die mangelnde Vermittlung von Wissen in Bezug auf die betriebswirtschaftlichen und organisatorischen Aspekte einer Praxis (inklusive Mitarbeiterführung) sind weitere Kritikpunkte (A5, A10, A12):

„Da lernt man wirklich nur Theorie und theoretisches Wissen über medizinische Belange, aber so gut wie nichts erstens über organisatorische Dinge, bürokratischen Aufwand und man lernt kaum etwas über zwischenmenschliche Beziehung, man lernt nichts über Mitarbeiterführung, man lernt nichts über wirtschaftliche Sachen über Steuersachen, über - Ordination ist ja auch ein Wirtschaftsbetrieb sozusagen ja und ich habe das auch nicht gelernt. Also ich muss sagen, 95% sind nur rein medizinische Sachen - wo ich am meisten profitiert habe, waren die Praxisvertretungen in meiner Zeit.“ (A5, 80)

Sehr grundsätzlich wird von einem Arzt bemängelt, dass der Zusammenhang zwischen Diagnosestellung, Anamnesestellung und Therapie nicht gelehrt wird (A1) und auch die mangelnde Vermittlung diagnostischer Fähigkeiten mit oder ohne technische Geräte wird kritisch bemerkt.

„Mit einfachen Mitteln, wir haben noch gelernt, mit geringstem Geräteaufwand zu diagnostizieren, mit den Sinnen zu diagnostizieren. Heutzutage kann einer offensichtlich ja eine Lungenentzündung ohne CT nicht mehr feststellen, das ist eine Katastrophe, bei Praktikanten schon hie und da gesehen, ist es ein Albtraum, ja. Die wissen zwar ganz genau, wie die EDV funktioniert, was man alles, den ICD-Code und solche Sachen, kennen sie alles ganz genau. Aber für Sinusitis einfach nur einmal mit dem Rhinoskop hineinschauen oder so, geht nicht.“ (A7, 120)

Hinsichtlich Medikamenten-Einsatz wird kritisiert, dass Ärzte in ihrer Ausbildung zwar alle Wirkstoffe lernen, welches Blutdruckmittel man wann differenziert einsetze, werde in der Praxis aber von Pharmafirmen erläutert (A1).

Der falsche Einsatz von Ärzten im Turnus (z.B. Heranziehen für Dokumentationstätigkeiten) sowie die zu große Zahl von Auszubildenden pro Arzt sind weitere Kritikpunkte (A6, A9, A11, A13):

„Ich habe in [Ortsangabe] studiert. Ich weiß noch, wir waren zwanzig Leute bei einem Ausbildungsassistenten und den ersten drei hat er noch etwas gezeigt und die anderen sind da, die haben da geschaut, dass sie da mithören können und so weiter. Ich habe das eigentlich alles, ich habe immer schon famuliert zuerst einmal, also in vielen Krankenhäusern und habe auch meinen Turnus in verschiedenen Krankenanstalten gemacht und ah- und da habe ich, es gilt – wie als Koch - was du nicht gesehen hast, das kennst du nicht. Man muss sich alles anschauen und froh sein, wenn du Krankheitsbilder direkt anschauen kannst und dann kann man auch nachlesen, warum ist das so und so, aber das kennt man dann, ja.“ (A9, 154).

Darüber hinaus wird bemängelt, dass die Patientenkollektive von Krankenhaus und Hausarztpraxis sehr unterschiedlich sind, was zu einer mangelhaften Vorbereitung auf die Praxistätigkeit, vor allem was banale Erkrankungen betrifft, führt (A2, A8, A11, A13):

„Du lernst im Krankenhaus wirklich alles, was Krankheit betrifft, aber du lernst keinen Schnupfen behandeln und du lernst keinen – ah – wie soll ich sagen, die ganz banalen Geschichten, Ohrenweh, das Ohrenweh vielleicht noch, aber die banalen Geschichten, wie Grippe, ein bisschen Bronchitis oder so etwas, das behandelt man eigentlich nicht im Spital. Das ist aber auch ganz klar, das kommt da auch nicht hin. Und eben, für die Tätigkeit vom Hausarzt wirst du, hast du eigentlich überhaupt keine Ahnung. Überhaupt nicht. Das muss man alles selber irgendwie zusammensuchen. Ist jetzt auch anders geworden, nicht? Dadurch, dass drei Monate Praktikum bei einem niedergelassenen sein sollen, müssen, bekommt man natürlich drei Monate schon etwas mit. Das war zu meiner Zeit noch nicht. Ich war praktisch drei Monate im Turnus und das war's – und dann die erste, der erste Schnupfen [lacht] der erste Schnupfen, um Gottes Willen.“ (A2, 144)

Kritisch wird zur Ausbildung von Hausärzten durch Krankenhausärzte auch angemerkt, dass dabei auch Konkurrenz eine gewisse Rolle spielt:

„Ich kann mich noch erinnern ah- in der HNO-Ausbildung waren wir ganz, ganz schlecht, weil da hat der alte Primar [Name] zu seinen Oberärzten und Assistenten gesagt: wisst ihr, alles was die können, schicken sie euch nicht. (Lachen) Das war

damals Stand der Dinge. Diabetesausbildung - da sind die Turnusärzte abgeblockt worden, weil Diabetes ist eine Domäne der Internisten. Wenn der Praktiker sich beim Zucker auskennt, dann schickt er ihn nicht zum Internisten. Also das kann man nicht vergleichen, heute ist das sicherlich ganz anders, nach der neuen Studienordnung und - vorbereitet auf das, was kommt, werden sie auch heute noch nicht.“ (A12, 125)

Ein weiteres Feld, das in der Praxis abzudecken ist und wofür es keinerlei Vorbereitung gibt, ist die Gerichtsmedizin/Totenbeschau.

Positive Aspekte werden am ehesten noch der Turnustätigkeit im Krankenhaus abgewonnen, wo z.B. die Versorgung kleiner Wunden gelernt wird. Einige Ärzte verweisen darauf, dass es ein Vorteil ist, den Turnus in einem kleinen Krankenhaus absolviert zu haben (A7, A8), andere Ärzte führen an, dass sie sehr gute Erfahrungen mit bestimmten ärztlichen Persönlichkeiten und/oder Krankenhausabteilungen gemacht haben (A4, A9, A10). Wieder andere verweisen auf freiwillige Zusatzaktivitäten (A1, A4, A5), die mehr Vorbereitung auf die hausärztliche Tätigkeit bringen, als Studium und Turnus (z.B. drei Monate in südafrikanischem Krankenhaus, Dauerfamulant in einem Sanatorium im letzten Studienabschnitt, Praxisvertretungen, Tätigkeit beim ärztlichen Notdienst). Auch wenn Eltern oder nahe Verwandte ebenfalls Ärzte waren, wird dies als positiv angeführt (A4).

Das Weiterbildungsangebot wird demgegenüber durchwegs positiv beurteilt, sowohl inhaltlich als auch von der Menge her, wobei zum Teil auch ein Überangebot beklagt wird:

„Ja, ausreichend, also ich könnte ah- so viel Weiterbildung machen, dass ich ja, jeden Abend gäbe es etwas, oder fast jeden Abend. Aber das ist halt natürlich auch eine Frage schaffe ich es, kann ich jeden Abend“ (A12, 134).

Als Weiterbildungsquellen nennen Ärzte folgende Kategorien in aufsteigender Reihenfolge nach Zahl der Nennungen:

- Kongresse, Ärztetage, Tagungen
- Zeitungen und Zeitschriften, Literatur
- Fachvorträge, wobei es zum diesbezüglichen Angebot durch Pharmafirmen sowohl sehr kritische als auch positive Stimmen gibt
- Bezirksärzterfortbildung

- Seminare und Blockseminare
- Online-Fortbildung

Zum Teil werden auch Pharmafirmen als wichtiger unterstützender, praxisnaher Bestandteil der Weiterbildung gesehen (A1, A7).

Zur gegenwärtigen Situation konstatieren manche Ärzte (vor allem solche, deren Kinder aktuell Medizin studieren oder kürzlich damit fertig geworden sind), dass gegenüber ihrer eigenen Studienzeit Verbesserungen festzustellen sind (A3).

Fünf Ärzte äußern sich positiv zu der Möglichkeit der Lehrpraxis, wo angehende Ärzte für einige Monate in einer Ordination mitarbeiten und lernen (A4, A8, A10, A11, A12), wobei die Frage der Finanzierung von zwei Ärzten als Problem gesehen wird.

„Ja, nur ist es zur Zeit ah- ist es finanziell unmöglich. So wie es jetzt läuft, kann man sich keinen Lehrpraktikanten leisten. Ich muss den bezahlen und muss ihm zusätzlich meine Zeit opfern die opfere ich ja, es geht ja nicht schneller wenn der da ist, sondern ich muss ihm ja was erklären auch sonst hat es ja keinen Sinn und eigentlich soll es umgekehrt sein, eigentlich sollte ich was bekommen dafür und nicht noch selber zahlen. Das ist ja verkehrt.“ (A8, 118)

Arzt 12, als einer von zwei Ärzten, die schon konkret angehende Ärzte bei sich in der Lehrpraxis hatten und das Thema Finanzierung nicht angeschnitten haben, schildert positive Erfahrungen mit der Lehrpraxis:

„Das kann man nicht vergleichen, weil ich habe eine Lehrpraxis. Ich habe gerade da eine Telefonnummer von einem Kollegen, der im März wieder kommen will. Ich habe jetzt schon zwei Kollegen gehabt, die bei mir ihr Praktikum gemacht haben. (A12, 121)

6.6.2 Der Bereich Prävention und Gesundheitsförderung

Auch im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung werden die Weiterbildungsangebote besser eingeschätzt als die Ausbildungsinhalte zum praktischen Arzt. Ein Arzt verweist auf die beträchtliche Entwicklung, die im inhaltlichen Bereich seit seinem eigenen Studienabschluss stattgefunden hat:

Ah- zu meiner Zeit ist auf Gesundheits- und Präventionsmaßnahmen sehr wenig Wert gelegt worden. Ich kann mich noch erinnern, ah- Cholesterin war ein Fremdwort, das hat es damals eigentlich noch nicht gegeben. Da kann eigentlich auch niemand dafür, das ist einfach alles so entstanden erst. Und inzwischen hat sich das aber natürlich grundlegend geändert, also auf das wird heute schon mehr Wert gelegt und eigentlich ausreichend Wert gelegt.“ (A8, 124)

Einige Ärzte schildern, dass Gesundheitsförderung und Prävention bei ihrer Ausbildung fehlte oder nicht bzw. allenfalls am Rande vorkam (A2, A5).

Einen Mangel an Aus- oder Weiterbildungsinhalten zu Gesundheitsförderung und Prävention sieht nur ein Arzt. (A5)

Drei Ärzte geben zu erkennen, dass Gesundheitsförderung zwar eine geringere Rolle spielt, dass dies aber auch ausreichend sei so (A1, A3, A11)

Arzt 10 sieht als Zielgruppe für Weiterbildungen aus dem Bereich Gesundheitsförderung und Prävention eher die Wahlärzte.

Arzt 13 konstatiert, dass das Weiterbildungsangebot im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention geringer ist, weil Fortbildungen oft von Pharmafirmen gesponsert sind, welche eher Krankenbehandlung und neue Methoden ansprechen.

6.6.3 Diskussion

Der Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin an der Universität wird ein höchst schlechtes Zeugnis ausgestellt. Bemängelt werden vor allem, die fehlende Vorbereitung auf in der Praxis häufig vorkommenden Krankheitsbilder oder Situationen – beginnend bei der Behandlung eines gewöhnlichen Schnupfens über die Arzt-Patienten-Interaktion bis hin zur Organisation des Praxisalltags.

Dies muss in Zusammenhang mit der hausärztlichen Behandlung auf dem Land insofern als äußerst prekär gewertet werden, als hier der Arzt ja tatsächlich vielfach die erste und einzige Anlaufstelle ist. Wenn hier also systematisch gewissermaßen

ein training on the job (ohne Trainer) stattfindet, kann dies in einem modernen Gesundheitswesen keinesfalls toleriert werden.

„Also da, da fehlt die gesamte, die gesamte Zusammensetzung zwischen Diagnosestellung, Anamnesestellung, also was frage ich den Patienten, wie komme ich auf meine Diagnose und geschweige denn, was gebe ich ihm dann dafür. Das lernt man nicht in der, in der Universität, null, im Krankenhaus ein bisschen und das meiste lernst learning by doing. Das musst einfach probieren.“ (A1, 92)

Auch kann es keineswegs befriedigen, wenn - mit Ausnahme von Anatomie und Theorie – nahezu alle hilfreichen Ausbildungsinhalte vom Geschick des angehenden Mediziners bei der Auswahl des Turnus-Krankenhauses oder vom Glück, auf bestimmte Persönlichkeiten zu treffen oder von freiwilligen Zusatz Tätigkeiten während des Studiums abhängen.

Auffällig ist, dass der Bereich Weiterbildung im Gegensatz zur Ausbildung überaus positiv bewertet wird – fast entsteht der Eindruck, einer latenten Angst vor zusätzlichen Weiterbildungen.

Aus- und Weiterbildung zu Gesundheitsförderung und Prävention werden im Großen und Ganzen als ausreichend bewertet. Es gab lediglich einen Arzt, der vertiefende Inhalte zu Gesundheitsförderung und Prävention in der Ausbildung ausdrücklich vermisst hätte und einen weiteren, der zwar feststellt, dass Gesundheitsförderung und Prävention fehlte, dies aber darauf zurückführt, dass diese Themen erst in jüngerer Zeit Bedeutung erlangt hätten.

In der Weiterbildung wird das Angebot zu Gesundheitsförderung und Prävention durchwegs als ausreichend bezeichnet.

Insgesamt zeigt sich in den hausärztlichen Schilderungen, dass kaum ein Interesse an vertiefenden Inhalten zu Gesundheitsförderung und Prävention besteht. Hausärzte nehmen nicht wahr, dass sie Aus- und Weiterbildung benötigen würden, um ein Mehr an Gesundheitsförderung und Prävention in der Hausarztpraxis zu verwirklichen – in ihrem eigenen Verständnis wissen und können sie schon alles Notwendige.

Das Thema Lehrpraxis wurde von fünf Ärzten angesprochen und zwar durchwegs so, dass die Lehrpraxis begrüßt wird. Die Frage der Finanzierung ist dabei manchmal ein Thema, aber nicht das Dominante.

6.7 Oberösterreichische Hausärzte zu den Rahmenbedingungen für Ihre Tätigkeit und zu Zukunftsszenarien

In dieses Kapitel eingeflossen sind die Antworten auf die Fragen 3 „Gibt es Faktoren, die hinderlich sind, die sie bei Ihrer Tätigkeit einschränken?“ und 4 „Und was gibt es an Unterstützung, Hilfestellung? Was erleichtert die Arbeit als Hausarzt?“ sowie auf die Fragen 28. „Wenn Sie an das gesamte Spektrum der hausärztlichen Tätigkeit denken, also an alles, was Sie tagtäglich tun: Was erscheint Ihnen dabei – alles in allem – besonders positiv oder befriedigend?“ und 29. „Und empfinden Sie auch etwas als besonders negativ bei der hausärztlichen Tätigkeit? – was ist das?. Darüber hinaus wurden alle Angaben, die Hausärzte zur Situation in der Hausarztpraxis oder zum Gesundheitswesen in (Ober-)Österreich während der Interviews machten, in die Datenextraktionstabellen zu diesem Kapitel aufgenommen und ausgewertet.

6.7.1 Ergebnisse

Als häufigste hinderliche Faktoren oder Belastungen für ihre Tätigkeit nennen oberösterreichische Hausärzte (in aufsteigender Reihenfolge) die Bürokratie, Belastungen aus dem Arzt-Patienten-Verhältnis, Zeitmangel, das Behalten des Überblicks über das medizinische Wissen sowie personale Faktoren, wie das eigene Alter oder familiäre Anforderungen. Was genau an Belastung hinter diesen Begriffen steht sowie weitere störende Punkte, die jeweils nur von ein bis zwei Ärzten genannt wurden, sind im Folgenden ebenfalls angeführt.

Mit Bürokratie (A2) ist zum Beispiel das Dokumentieren (A1, A4, A5, A7, A8, A9, A10, A13) oder Einhalten von Regeln (A1, A10) oder das Einholen von Bewilligungen (A11) gemeint, aber auch das Ausstellen von Bestätigungen für Patienten (A1, A3) oder auch das Einscannen von Befunden (A1) – auch wenn es die Sekretärin macht.

Ärgerlich ist für Hausärzte weiters, dass unterschiedliche Vorgangsweisen je Krankenkasse gelten (A1, A5).

Störende Unterbrechungen im Arbeitsablauf betreffen zum Beispiel Anrufe durch Patienten (A1, A11) oder das Unterschreiben von Rezepten, Überweisungen und dergleichen (A1).

Zeitmangel wird in mehreren Varianten thematisiert. Einerseits sehen Ärzte für bestimmte Krankheitsbilder (Langzeitbetreuung chronischer Erkrankungen, psychische Probleme von Patienten) das Erfordernis von mehr Zeit je Patient (A1, A3), oder ganz allgemein für das Gespräch mit dem Patienten (A4), andererseits geht es um die schiere Bewältigung des Praxisalltages (A3, A4, A7, A10, A11):

„Das ist eigentlich im, im für mich im täglichen Praxisablauf, also bei den Patienten, die in die Ordination kommen, weit gravierender als wenn ich jemanden bei Visiten betreue, also für den Menschen, wo ich auf Visite hinfahre, außer in Extremzeiten im Winter, hat man durchaus mehr Zeit ein bisschen mit ihm und mit den Angehörigen zu sprechen. Unheimlich schwierig ist das in der Ordination, gerade in, in, in Zeiten, also vor allem im Winter oder in Grippezeiten, wenn dann zwischendurch eben Patienten kommen, die durchaus mehr zeitlichen Aufwand benötigen würden, oder mehr Zuwendung benötigen würden, wo das einfach unmöglich ist, ja, um, um die Anzahl der Patienten durchzubringen oder zu behandeln, durchzubringen ist so ein schlechter Ausdruck. Also da, und vor allem, es gibt Menschen, das ist auch eine Schwierigkeit, Patienten, die oft schwerer erkrankt sind und durchaus zufrieden sind, wenn ich Ihnen ein paar klare Aussagen oder Anweisungen gebe und andererseits gibt's Leute, Menschen, die enorm viel Zeit und auch eigene Energie beanspruchen, wo aber die Effektivität oder die Schwere der Erkrankung in keiner Relation dazu steht und das in der, in der Praxis in den paar Stunden, wo wir da offen haben am Tag, unter einen Hut zu bringen ist, ist schwierig.“ (A3, 16)

Einige Ärzte schildern auch das Dilemma bzw. Erfordernis, Kompromisse zu machen zwischen der Zahl der Patienten und der Zeit, die pro Patient zur Verfügung steht (A3), oder auch den Wartezeiten in der Ordination und der Zeit, die pro Patient zur Verfügung steht (A4). Arzt 12 sieht Zeitdruck in Verbindung mit der Honorierung, da der Verdienst in Summe nur wegen der Menge der Patienten stimmt:

„Da denke ich mir, das ist – damit ist die Menge erforderlich, aber wenn ich die Menge erforderlich habe in einer bestimmten Zeit, habe ich pro Person weniger Zeit. Nehme ich mir aber die Zeit, die jeder bräuchte und jeder gerne hätte und wirklich ich sage, ich nehme fünf Leute in der Stunde, dann kann ich zusperren.“ (A12, 13)

Ein hinderliches Thema für Ärzte sind weiters die Mühen („...und da ist man natürlich sehr oft genötigt, dass man da fragt, einen Fachmann zurate zieht“ (A5, 17)) oder Kosten (A1), die durch verstärkten Einsatz von EDV entstehen.

Verbesserungspotential wird vereinzelt auch bei der Kommunikation bzw. dem Verhältnis ärztlicher Kollegen untereinander gesehen – etwa hinsichtlich Befundanfragen (A5).

Ein Arzt äußert, dass er heute nicht mehr Allgemeinmediziner werden würde, da zu viele Verwaltungsaufgaben anfielen und der Allgemeinmediziner ein Einzelkämpfer, der unter Wert geschlagen würde, sei (A9). Auch Arzt 12 sieht die Notwendigkeit, den Hausarztberuf für junge Kollegen attraktiver zu gestalten.

Eine Belastung stellen für oberösterreichische Hausärzte auch forensische Überlegungen dar, wenn sie sich bei ihrer – manchmal auch unkonventionellen – Vorgangsweise im Sinne der Patienten nicht vor rechtlicher Verfolgung sicher sein können (A1) oder wenn bestimmte Inhalte dokumentiert werden müssen, um rechtlich abgesichert zu sein (A9) – etwa dass der Patient auf die Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit durch ein Medikament hingewiesen wurde. In die gleiche Richtung gehen Beschwerden wegen Überregulierung:

„Wenn ich das jetzt so machen würde, wie es im Spital gemacht wird und wie eigentlich die Hygienevorschriften das machen, könnte ich das nicht machen. Und das ist, das was sie uns vielleicht noch ein Hindernisgrund, den kann man dort noch dazuhängen, ist diese Auflagen an, an Maßnahmen, sei es jetzt im Bereich der Wundversorgung, Hygienedinge, die, die werden uns das praktisch unmöglich machen, solche Dinge weiter zu tun. Erstens werden sie nicht finanziell entschädigt, für die paar Cent, die wir kriegen, sollst du da die ganzen Auflagen erfüllen, das rentiert sich einfach nicht, auf gut deutsch, und ist meines Erachtens auch medizinisch sinnlos, also, unsere Wunden da am Land versorgt, mit bloßen Händen ohne irgendwelchen Dings und irgendwelchen Hygienemaßnahmen, die sind wesentlich weniger infektiös als die ganzen im Krankenhaus. Also das bestätigt uns einfach die Praxis immer wieder, dass diese Auflagen, die sie uns machen, nicht notwendig sind. Sondern lasst uns das machen, wie wir das wollen.“ (A1, 30)

In eine ähnliche Richtung gehen Überlegungen, dass mit dem Ausstellen diverser Bestätigungen und Atteste auch eine beträchtliche Verantwortung übernommen werde (A3):

„Obwohl wir mit dem Computer enorme Vorteile haben und Zeitersparnisse haben, aber die Verantwortung, die wir halt mit Ausstellen von Bestätigungen, angefangen jede, jede Berufsschule für, für einen Physiotherapeuten verlangt von mir eine Bestätigung, dass er, dass der Betreffende geeignet ist, die Schule überhaupt zu beginnen. ... Und ich muss damit auch immer mehr, natürlich Verantwortung übernehmen, das sind ja nicht Unterschriften, die ich hergebe, sondern das ist wenn man das wirklich ernsthaft verfolgt, damit übernehme ich ja ständig Verantwortung damit. Und das sagt, das ist recht schön und recht gut, wenn man das abschiebt auf die Ärzte und und sagt, ich mache das, aber unterschreibt das oder das, aber das ist unter Umständen mit Konsequenzen verbunden und das nimmt eindeutig zu.“ (A3, 102)

Mitunter wird es auch als schwierig eingeschätzt, den Überblick über das gesamte medizinische Wissen zu bewahren bzw. wird die rasche Fluktuation an Wissen thematisiert (A3, A4). Ein Arzt schildert auch eigene Unsicherheit bei manchen Fragestellungen als hemmenden Faktor (A12).

Eine völlig andere Kategorie von belastenden Faktoren bei der ärztlichen Tätigkeit betrifft das Arzt-Patienten-Verhältnis. Einerseits sind Ärzte betroffen, wenn Patienten nicht mehr kommen, ohne dass der Grund dafür genannt wird (A2, A5), andererseits bleiben Hausärzte auch nicht unberührt, wenn Menschen, mit denen eine lange Beziehung und Bindung bestand sterben (A2, A4, A5, A6) oder mit schwierigen Situationen konfrontiert werden (A3). Auch wenn der Arzt z.B. bei einem Notfall in der Nacht nicht helfen kann (A6) oder die Ungewissheit, was passiert ist, wenn im Bereitschaftsdienst das Telefon läutet (A11, A12), führen manche Ärzte als Belastungsfaktor an. Schließlich gibt es auch schwierige Patienten, mit denen ein angemessener Umgang zu finden ist (A4).

Sehr vereinzelt werden nicht verrechenbare Leistungen als hinderliche Faktoren für die hausärztliche Tätigkeit genannt. Dies betrifft etwa einzelne Laborleistungen oder Limitierungsbestimmungen (A8).

Auch die persönliche Situation des Arztes ist ein Faktor in Zusammenhang mit hinderlichen oder förderlichen Elementen im Hausarztalltag. So erleichtert z.B. zunehmende Praxiserfahrung vieles, gleichzeitig fallen andere Dinge – etwa Nachtvisiten – mit zunehmendem Alter auch schwerer (A4). Die Frage einer altersgerechten Arbeitswelt lässt also auch das Setting Hausarztpraxis nicht unberührt – sowohl, was das soeben beschriebene höhere Alter, als auch was die

Zeitspanne des Berufsbeginnes betrifft, denn auch jüngere Ärzte thematisieren, dass Nacht- und Wochenenddienste belastend seien – aus familiären Gründen zum Beispiel (A11, A13).

Ähnlich ambivalent ist die Einstellung zum Teil gegenüber Leitlinien und evidence based medicine (EBM):

„Also, die Wissenschaft widerlegt sich ja seinen eigenen ah Dinge wieder alle Jahre. Es kommen jedes Jahr neue Leitlinien raus, die praktisch genau das Gegenteil von dem vom Vorjahr sind, also eigentlich, wenn man sich das ein paar Jahre anschaut, sagt man, Blödsinn. Und evidence based medicine das ist auch so ein Schlagwort, so ein schwachsinniges, weil das auch einfach hint und vorn einfach nicht zusammen stimmt. Das ist, man kann nicht alle Menschen in irgendwelche Schubladen zuordnen. Das ist von Gesundheitsökonomern, wie sie so schön heißen, ja oder diese ersparenswerte Berufsgruppe, die halt dann da solche irgendwelche, ja man kann das in einer Wirtschaft machen, ich kann das in, in anderen Geschäftsbereichen, kann ich das zuordnen, aber ein Individuum kann ich nicht so zuordnen, und nicht in Schubladen tun und dann sagen, das haben wir jetzt so und der kriegt das und der muss das machen und die Therapie bei der Erkrankung machen wir so. Das funktioniert eben nicht. Da sind oft sehr unkonventionelle Methoden notwendig um zum Ziel zu kommen.“ (A1, 28)

Als positive, unterstützende Faktoren heben oberösterreichische Hausärzte (in aufsteigender Reihenfolge) das Befriedigende an der Tätigkeit selbst und eine gute Arzt-Patienten-Beziehung und Patientenzufriedenheit hervor. Funktionierende Kooperationen (mit Arztkollegen oder im Ordinationsteam) hervor, gefolgt von (praxisbezogenen) Fortbildungen und online-Informationen zu medizinischen Inhalten und das Begleiten eines Menschen über den Lebenslauf hinweg sind weitere häufig genannte Punkte. An nächster Stelle kommen Erleichterungen des Arbeitsalltages durch verstärkten EDV-Einsatz und nicht zuletzt wird auch die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse von Hausärzten positiv erlebt, was den gegenüber anderen Kassen besseren Umgang mit Bürokratie betrifft. Details zu den soeben angeführten thematischen Gruppen sowie weitere Punkte, welche ein bis zweimal genannt wurden, sind wiederum im Folgenden dargestellt.

Sehr häufig ist es die Tätigkeit selbst, oder das positive Feedback, die als Motivator wirken. Bei der Tätigkeit selbst sind es das Helfen bzw. das Etwas-Bewirken (A1, A4, A5, A6, A8, A9, A11) und die Freude an der Arbeit und deren Vielfalt (A2, A5, A11, A12, A13). Die Akzeptanz von ärztlichen Entscheidungen und das Vertrauen durch

Patienten bzw. die Zufriedenheit der Patienten (A1, A2, A5, A6, A7, A8, A10, A11, A12) werden ebenfalls häufig genannt:

„Wir haben einmal primär so ein großes Vertrauen, da kann der größte Spezialist nicht mithalten. Also wenn der Hausarzt sagt, das Medikament nehmen wir nicht, dann nehmen wir es nicht“. (A1, 27)

Weitere wesentliche Faktoren, welche das Befriedigende an der Tätigkeit ausmachen, sind gelöste schwierige Fälle (A1) oder auch die Begleitung der Menschen vom Kind bis ins Erwachsenen-Alter oder über Jahre hinweg (A2, A3, A4, A5, A11, A12). Auch die Tatsache, dass man als Arzt mit verschiedenen Leuten zusammen kommt, wird als positiver Aspekt der Hausarztstätigkeit angeführt (A9, A11).

Die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse wird von Ärzten gegenüber anderen Kassen positiv hervorgehoben, was den Umgang mit Bürokratie betrifft und speziell auch hinsichtlich der vor einigen Jahren eingeführten Zielvereinbarung statt Chefarztpflicht (A1, A2, A5). Aufgrund dieser „Zielvereinbarung anstelle vorheriger Bewilligung von Arzneimitteln“ (Kiesl, 2006), welche Ende 2005 zwischen den Gesamtvertragspartnern Ärztekammer für OÖ und OÖGKK abgeschlossen wurde, entfällt die vorherige ärztliche Bewilligung von Arztespezialitäten (vielfach handelt es sich um im Einzelfall teure Medikamente und/oder sehr neue Medikamente) durch den Chefarzt der Gebietskrankenkasse und wird diese Entscheidungskompetenz grundsätzlich den Vertragsärzten übertragen, wobei diese bei ihren Entscheidungen an Vorgaben und Regeln gebunden sind (Kiesl, 2006).

Auch das Thema zeitliche Gestaltung in der Hausarztpraxis wird positiv gesehen. Manche Ärzte haben mit einem Terminsystem sehr gute Erfahrungen und auch die Freiheit, sich seine Zeit selber einzuteilen (A13), wird geschätzt.

Ärzte nennen dezidiert auch die eCard (das ist die elektronische Zugangskarte zu den Leistungen des Krankenversicherungssystems, welche alle anspruchsberechtigten Personen der gesetzlichen Krankenversicherung in Österreich erhalten) als wesentliche Erleichterung der Tätigkeit, weil z.B. das

Krankenscheinmahnwesen entfiel oder die Frage des Vorliegens einer Rezeptgebührenbefreiung eindeutig geklärt ist (A1, A10).

Auch andere elektronische Prozesse werden als Erleichterung des Arbeitsalltages empfunden (A5, A10) – z.B. weil eine Zeitersparnis damit einher geht (A3) oder weil ein besserer Überblick über das Geschehen in der Ordination besteht (A4). Als konkretes Beispiel eine Verbesserung durch EDV-Einsatz wird auch die elektronische Krankmeldung (A1, A10) angeführt.

In inhaltlicher Hinsicht werden online-Informationen (z.B. zu EBM) (A2, A12, A13) oder auch Bücher (A12, A13) und (praxisbezogene) Fortbildung (A3, A4, A8, A9, A12, A13) und guidelines im Sinne von Checklisten (A4) als Unterstützung gerne angenommen. Einschränkend wird erwähnt, dass auch diese Fortbildung wiederum Zeit in Anspruch nimmt (A3). Ein Arzt, der selber einen Qualitätszirkel leitet, erwähnt auch Qualitätszirkel als unterstützendes Element, wobei bemerkt wird, dass einerseits mehr Teilnehmer kommen, wenn ein externer Referent dabei ist, andererseits diese Referenten nicht finanziert werden – manchmal erfolgt Finanzierung durch Pharmafirmen (A10).

Auch das strukturierte Betreuungsprogramm für Diabetiker wird als Unterstützung bei der ärztlichen Tätigkeit wahrgenommen, da z.B. Unterrichtsmittel für die Patientenschulung zur Verfügung gestellt werden (A3).

Eine funktionierende Zusammenarbeit mit den ärztlichen Kollegen der Region oder mit Fachärzten und Spitälern stellt ebenfalls einen die hausärztliche Tätigkeit unterstützenden Faktor dar (A3, A5, A8, A12) und nicht zuletzt die gute Zusammenarbeit innerhalb des Ordinationsteams und der Austausch mit dem Ehepartner, wenn dieser auch Mediziner ist (A1, A4, A7, A11, A12, A13).

Als Erleichterung für die hausärztliche Tätigkeit wird die Sprengleinteilung beim Nacht- und Wochenenddienst empfunden und auch der medizinische Fortschritt trug dazu bei, dass z.B. Nachtvisiten zurückgingen:

„In der Nacht muss ich viel weniger ausrücken, da haben wir einen Fortschritt. Zum Beispiel also wie ich da hergekommen bin, haben wir so viele Herzinfarkte,

Herz-Kreislaufkrankungen gegeben, das ist alles zurückgegangen durch, durch die – das ist schon besser geworden. Also dadurch, dass wir so viel zum Internisten schicken und alles schon abklären und wenn einer nur ein bisschen eine Erbanlage hat, dass er sagt mein Vater ist mit 55 Jahren gestorben, dann jagt man ihn zur Coronarangiographie, ob er eh nichts hat usw., aber das ist jetzt viel weniger und was auch viel weniger ist, ist z.B. die Asthmasachen, also die ganzen Lungensachen, weil das war früher gang und gäbe, das man in der Nacht ausgerückt ist und einem Asthmatiker eine Infusion anhängen hat müssen, weil er am ersticken war usw. Das kommt jetzt nur mehr 1-2 oder 3mal im Jahr vor. Weil die Medikamente viel besser sind.“ (A9, 215)

Tätigkeiten, welche dem Hausarzt (neuerdings) von anderen abgenommen werden, betreffen z.B. Selbsthilfegruppen, die Altenpflege bzw. die Hauskrankenpflege.

„Das ist natürlich für mich auch, weil ich brauche ja nicht für jeden offenen Fuß eine Visite machen, das ist sehr zeitaufwendig, viele nehmen dann auch gerne die Hilfe in Anspruch.“ (A13, 19)

Ein Arzt erwähnt auch technische Apparate (EKG, Labor) als Hilfestellung für die ärztliche Tätigkeit (A12).

Die Honorierung der ärztlichen Tätigkeit wird als in Summe passend beschrieben, was auf die betreute Menge an Patienten, welche wenig Zeitaufwand benötigen, zurückgeführt wird.

„Naja, es ist die Frage, ich leb' im Prinzip von den Leuten die administrative Tätigkeiten einfordern wie Überweisungen und Dauermedikamente verschreiben lassen. Das macht meine Assistentin. Meine Zeit hier wird eigentlich nicht in dem Ausmaß bezahlt, wie sie bezahlt werden sollte, sagen wir mal so. Im Gesamten geht es sich aus, ich bin nicht unzufrieden, aber es ist letztlich eine Frage der Gesamtrichtung. Wenn man es so sieht, geht sich's aus. Wenn man's wirklich rein sieht, was ich bekomme, um eine Visite zu fahren oder was ich bekomme, um mit jemandem zu reden, dann muss man eigentlich über die Bezahlung reden. Das sowieso, also wenn man jetzt den Praxisalltag, den Umsatz sieht, bezogen auf das was getan wird für den Patienten, dann ist eigentlich das Administrative das, was das Geld bringt und das, was ich Beratung mache oder die Leute anschau oder mir überlege, was ich mit denen tue, eigentlich der geringste Anteil. Der bringt auch kein Geld. Ganz schlicht und ergreifend.

Arzt2k-71#Nachfrage der Interviewerin: Im Sinne von Abrechnungspositionen?

Arzt2k-72#Von Abrechnungspositionen oder auch im Sinne von wirklich einer Umsatzsteigerung – oder - ob der draußen nur ein Medikament holt oder bei mir sitzt - das stimmt nicht ganz - aber im wesentlichen, ist komplett egal. Das ist Tatsache.“ (A2 70-72).

Arzt 9 ist dafür, die hausärztliche Rolle klarer zu definieren und z.B. Nachkontrollen und Nahtentfernungen nicht in der Ambulanz sondern beim Hausarzt zu machen. Für eine Stärkung der Rolle des Hausarztes als Leitinstanz oder Verteiler sprechen sich mehrere Ärzte aus (A1, A2 „Gatekeeper“, A5, A6, A10, A12 „Dirigent“). Das inhaltliche Argument für eine Leitfunktion des Hausarztes wird z.B. darin gesehen, dass eine adäquate Versorgung auch den Lebensalltag einbeziehen muss – etwa bei der Blutdruckeinstellung. Dementsprechend wird eine Verlagerung der Tätigkeiten in die richtige Versorgungsinstanz gefordert – verbunden mit einer inhaltlichen und finanziellen Aufwertung des Hausarztes:

„Ja. Zusammenfassend glaube ich, lässt sich einfach sagen, die Entwicklungen müssen jetzt einmal umdrehen, in eine andere Richtung gehen, wie sie jetzt gehen, nämlich es muss eigentlich der Landarzt oder der Hausarzt, der Hausarzt generell, muss gestärkt werden. Was die Ärztekammer seit Jahren und Jahrzehnten fordert, ist eine Stärkung des Hausarztes, weil wir die billigsten sind mit den besten Patientenkenntnissen und Umfeldkenntnissen, also wir, wir können jetzt wieder, weil alles nur ökonomisch gedacht wird, am ökonomischsten arbeiten. Wir wissen ganz genau, welche Untersuchungen habe ich schon gemacht, oder. Ich brauche keine doppelgleisigen, dreigleisigen Sachen machen, weil ich ja den Patienten kenne und wie ich zuerst am Anfang gesagt habe, den Leithammel zu spielen sozusagen und ihn durch's Gesundheitssystem zu leiten. Das muss aber auch entschädigt werden, also man muss ihn einfach aufwerten, das heißt jetzt nicht nur finanzielle Aufwertung, sage ich, sondern auch eben vom Posten her. Es ist uns teilweise eben nicht möglich den Leithammel richtig gut zu spielen, wenn wir zum Beispiel so wenig Fachärzte haben mit denen wir zusammenarbeiten können, weil das Gesundheitssystem muss einmal lernen, dass der Hausarzt der billigste und eigentlich der ist, der der wichtigste ist. Dann kommt der Facharzt in Ortsnähe und dann kommt erst die Spezialabteilung im Krankenhaus. Aber was wir jetzt tun, dass wir typische hausärztliche Tätigkeit im Spital stationär machen, das ist nicht effizient, es ist nicht effizient und nicht sinnvoll, weil eine Blutdrucktherapie im Krankenhaus einzustellen, hat keinen Sinn, weil der dort nie so lebt, wie er daheim lebt. ... Ich weiß aber das, weil ich sehe ja meinen Nachbarn da oben rumrennen und weiß, dass der mit seinem Blutwert von 9,8 eh eben nicht leben kann auch wenn er schon 75 ist, oder, weil er da seinen Berg auf und abrennt und weil er zu Fuß einkaufen geht und das dann heim trägt. Das weiß ja der im Krankenhaus nicht, der sagt, na der ist 75, dem genügt eh HB 9,8. Also das ist, wir haben die Bevölkerungsnahe Medizin, oder, ich muss auf jeden einzeln eingehen und das kann der Hausarzt am besten und der nächste ist der Facharzt, weil der Facharzt, der in [Ortsname] sitzt, weiß auch wie die [regionale Bevölkerung] leben, weil er ja nur die sieht, oder. Das ist, der lebt und wir leben eben anders als die die Linz-Stadt Bevölkerung und deswegen ist der Facharzt noch der zweitwichtigste. Und dann kommt erst das Krankenhaus, das ist dann zuständig, wenn es wirklich um, um höchst wissenschaftliche und wirkliche Fachmedizin geht, oder. Und das müssen wir lernen in Österreich, das Gesundheitssystem, so stimmt das nimmer mehr, das ist aus dem Lot gerückt. Das war früher noch besser und das ist, das wird immer blöder und wenn wir das nicht lernen, ist, wird die Versorgung schlechter werden und die Anreize als Hausarzt tätig

zu sein gegen Null sinken, es wird zu Versorgungsproblemen kommen, weil sich keiner mehr da heraus setzt.“ (A1, 126)

Arzt 2 schildert folgendermaßen, was anders wäre in einem Gatekeeper-Modell:

„Ich müsste mich nicht herumschlagen mit Patienten, die dann kommen, begehrt sind und sagen: „jetzt brauchen wir noch ein Cholesterin“ sondern ich kann sagen: das haben wir eh vor einem Monat gemacht. Das wäre z.B. wirklich einfachst. Wenn man wirklich einen Überblick hat, was mit einem Patienten passiert ist, hast Du einfach andere Möglichkeiten einzuschreiten und sagen wir so, zu helfen.“ (A2, 210)

Über diese inhaltlichen Argumente hinaus, vermuten Hausärzte geringere Gesamtkosten in einem Hausarztmodell oder sehen Möglichkeiten, Überversorgung abzubauen, wenn der Weg zum Facharzt oder ins Krankenhaus ausschließlich über den Hausarzt führt (A2, A5, A6)

In inhaltlicher Hinsicht erwähnt zum Beispiel Arzt 2, dass die Altersmedizin eine stärkere Rolle spielen wird:

„In naher Zukunft sehr viel, ah, was Geriatrie betrifft, also Pflege und Vorsorge im Alter, weil das wird wirklich massiv mehr.“ (A2, 1)

Arzt 3 vermisst strukturierte Programme für zum Beispiel Fettstoffwechsel, Cholesterinstoffwechsel, Hypertonie, Adipositas und sieht den Hausarzt als ideale Stelle, wo die Fäden zusammenlaufen:

„Es sollte, ich meine, der, der Hausarzt im besonderen ist sicher die, die ideale, der ideale Ansprechpartner oder beziehungsweise Organisator für, um, um das Angebot, das besteht für den Patienten, erstens einmal ihm überhaupt zu erklären, dass es das und das gibt und zweitens und dann auch zu raten, es muss ja nicht alles der, kann ja alles nicht der Hausarzt selber machen und, aber man kann ihm raten, machen's das, das, das und es ist zum, also so ein Modell, sage ich einmal, wie es bei dieser Diabetikerberatung da, bei dieser strukturierten Betreuung möglich ist, da geht's jetzt nicht um die Höhe, aber wenn man das Gefühl hat, ich kriege für die und die Tätigkeit, erstens einmal der Patient wird mit einbezogen, ich sehe ihn mindestens viermal im Jahr, weil sonst fällt er aus dem Programm heraus, ich habe kurz etwas zu dokumentieren, dieses Büchel das es da gibt für ihn, wo ich nachschauen kann mittlerweile zwei, drei Jahre, wie sich das entwickelt hat und ich kriege ein bisschen, auch wenn es 5 Euro oder 7 Euro sind, das ist ja egal, oder da sind's ein bisschen mehr, aber man hat das Gefühl, es ist beiden, für beide was drinnen. Das ist jetzt nur ein Modell, aber es gäbe andere Modelle auch. Man könnte ambulant im Anschluss in Krankenhäusern, wenn eines in der Nähe ist oder so wie es die Gebietskrankenkasse in den Außenstellen anbietet oder sonst irgendwie so

Dinge wesentlich ausbauen, gerade was Bewegung betrifft. Und wo der wo der Arzt dann also insbesondere der Hausarzt irgendwo der, der, der Leiter, der Organisator ist, der wo die Fäden zusammenlaufen und der davon auch wissen muss, was der Patient jetzt wirklich macht, ja, das ist, das wäre wünschenswert.“ (A3, 32)

Eine nennenswerte Anzahl von Ärzten befürwortet auch die Möglichkeit, mit anderen Ärzten oder Berufsgruppen (etwa Sportwissenschaftlern) zusammenzuarbeiten. Die Form der Gruppenpraxis wird dabei begrüßt, allerdings wären auch andere Möglichkeiten gern gesehen. Die Motive dafür sind unterschiedlich. Ein Arzt nennt in aller Offenheit, dass er gerne parallel ein anderes Tätigkeitsfeld ausüben würde:

„Wenn ich sage, ich will nur noch die Hälfte Zeit mit der Kassenmedizin verbringen, weil ich vielleicht noch andere Tätigkeiten machen möchte, jetzt zum Beispiel Kurarzt zu sein und präventive Maßnahmen dort zu machen oder sei es wie es sei, Gutachter-Tätigkeit oder was weiß ich was, dann, wie soll ich das machen, ich habe die Ordination im Haus, ich habe dann da praktisch jemanden der mithaftet, der Miteigentümer ist, von einem Teil meines Hauses, weil also das das offizielle Modell einer Gruppenpraxis so ist. Wenn ich jetzt einen Arzt anstellen könnte, und sage, ok, den stelle ich mir an, dass der jeden Montag für mich arbeitet oder jeden Dienstag für mich arbeitet oder zwei Tage die Woche arbeitet, dann wäre das viel einfacher.“ (A1, 114).

6.7.2 Diskussion

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die befragten oberösterreichischen Hausärzte über eine hohe intrinsische Motivation verfügen und viel Bestätigung aus der Tätigkeit selber sowie der Anerkennung durch die Patienten beziehen. Funktionierende Kooperationen in- und außerhalb der Praxis erleichtern die Arbeit, ebenso wie gute, praxisgerechte Fortbildung und online-Information.

Die wesentlichsten Belastungsfaktoren bei der ärztlichen Tätigkeit sind Bürokratie, belastende Arzt-Patienten-Beziehungen und zeitliche Anforderungen.

Die EDV wird sowohl in Hinblick auf die Arbeitserleichterung als auch auf die dadurch entstehenden Kosten thematisiert. Diese Kosten-Nutzen-Abwägung teilt die Arztpraxis grundsätzlich mit allen Unternehmungen. Erschwerend mag im Fall der Arztpraxis hinzukommen, dass mancher Programmieraufwand durch Änderungen von Regelungen quasi von außen veranlasst wird, aber auch dafür fanden sich letztendlich Lösungen.

Was die Höhe des Einkommens betrifft, gibt es zwar Kritik an einzelnen Verrechnungsregelungen, aber insgesamt eine Zufriedenheit. Exemplarisch dafür kann die Schilderung von Arzt zwei stehen:

„Sonst natürlich das ärztliche Gespräche als, wie soll ich sagen, das ärztliche Gespräch, oder die, sagen wir so, die Zeit – ah – die Bezahlung der ärztlichen Zeit, das wäre durchaus ein Anliegen. Da gibt es einfach Probleme. Das hat man, Oberösterreich hat das ja nicht so schlecht, mit diesen ganzen Medikamentendurchforstungspositionen und Positionen für therapeutische Aussprache, auch für die Suchtgiftgeschichten, sind wir eh ganz intensiv, ganz, recht gut. Am Beginn, aber sicher noch nicht das Optimum. Sagen wir im herrschenden Honorarsystem ja, aber da müsste man wahrscheinlich auch das ganze Honorarsystem umstellen, wie auch immer. Ich weiß nicht, wie das ginge. Aber, sagen wir so, wir werden einfach falsch bezahlt, nicht. Mit der Masse geht es sich aus und das passt, aber die Bezahlung ist eine falsche.

Arzt2k-213#Und was wäre eine richtige Bezahlung?

Arzt2k-214#Einfach eine zeitbezogene Bezahlung für mich, das heißt, dass meine Stunde wirklich adäquat bezahlt wird. Und das ist es ja heute nicht. Aber, wie gesagt, ich will nicht jammern, weil es ist, das wäre jetzt ungerecht, auch dem System gegenüber. Das ist nur rein eine prinzipielle Frage. Und wenn Leute, die in der Wirtschaft sind, z.B. die gewerbliche Wirtschaft-Abrechnung sehen, sind sie immer ganz von den Socken.

Nachfrage Interviewerin: Weil?

Naja. Weil einfach das, was ich kriege für ein ganzes Jahr Tätigkeit. Wenn der im Quartal einmal bei mir war, sind das Hausnummer 130 Euro, nicht. Das kann er sich nicht, das kann sich kein wirtschaftlich denkender Mensch vorstellen, dass das funktionieren kann, nicht. Weil da ist er bei mir gesessen, gerade die gewerblichen Wirtschaftsleute, die brauchen immer etwas, nicht, die sind selten – gibt schon chronisch Kranke auch – aber wenn ein Geschäftsmann herkommt, dann braucht er etwas. Und das ist so, drum sage ich, das geht sich aus, weil der Rest halt irgendwie mit den Dauermedikamenten, Verschreibungen, Krankschreibungen – irgendwie paßt das dann. Hintennach ist alles wieder eigentlich in Ordnung, nicht. Wobei ich eben auch nicht weiß, wie man das gescheiter machen kann“ (A2, 212-216).

Zur generellen zukünftigen Rolle des Hausarztes sprechen sich immerhin sieben der dreizehn befragten Ärzte für eine Stärkung der Rolle des Hausarztes aus und meinen damit, dass der Hausarzt eine Leitfunktion im Gesundheitssystem übernehmen sollte.

6.8 Methodische Erkenntnisse

Die auf Kooperation und Vertrauen basierende Partnerschaft zwischen der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse und der Ärztekammer für Oberösterreich, welche auch in einer Kooperations-Balanced-Score-Card nach dem Modell von Kaplan und Norton ihren Niederschlag fand, ist für das Vorhaben von großem Vorteil. Einerseits besteht dadurch Zugang zu Daten und Informationen, wie sie Außenstehenden verwehrt oder zumindest nur unter erheblichem Aufwand zugänglich sind. Dies reicht von simplen administrativen Dingen, wie aktuellen elektronischen Adressdateien, bis hin zu persönlichen Kontakten zu Spitzenrepräsentanten von Ärztekammer Gebietskrankenkasse. Dieser Vorteil wurde unter anderem dahingehend genutzt, dass bereits bei der Interviewanbahnung ein von Ärztekammer und Gebietskrankenkasse unterschriebenes Infoblatt das Forschungsvorhaben erläutert und unterstützt hat. Dadurch konnten etwaige Vorbehalte gegenüber einer Befragung durch eine Angestellte der Gebietskrankenkasse hintangestellt werden. Das Offenlegen der Tatsache, dass die Dissertantin auch Angestellte der OÖ Gebietskrankenkasse ist, war darüber hinaus ein Gebot der Aufrichtigkeit im Rahmen des Forschungsprozesses.

Das leitfadengestützte Interview als Methode hat sich bewährt, um auch zu allen interessierenden Aspekten „Daten“ – in Form von Text - zu bekommen.

Selbstkritisch muss bemerkt werden, dass es nicht in allen Fällen gelungen ist, ausschweifende Ausführungen zu unterbrechen, sodass am Ende eine große Materialfülle vorlag, die auch Passagen enthielt, welche wenig zur Beantwortung der Forschungsfrage beizutragen hatten.

Auch vertiefende Nachfragen wären an der einen oder anderen Stelle noch nützlich gewesen, wie sich im Zuge der Auswertung der Texte herausstellte. Zum Beispiel meinte Arzt 12, „... und der praktische Arzt, wie es früher war, der hat sich glaube ich überlebt“ (A12, 3). Hier hätte gefragt werden können, was diese frühere Rolle war und ob es positiv bewertet oder bedauert wird, dass dies nicht mehr so ist. Letztlich ist man aber hinterher immer klüger als zuvor, und solche Situationen werden nie ganz vermeidbar sein.

Insgesamt wurde die bereits von Hopf (1978) beschriebene Verunsicherung bei der Bewältigung der Gradwanderung zwischen Nicht-Beeinflussung des Interviewergebnisses und detailliertem Nachfragen zwecks Informationsvertiefung bestätigt gefunden. Unter dem Strich wurde vermutlich eine gewisse „Leitfadenbürokratie“ (Hopf 1978, S. 101) verwirklicht; zwar nicht in der Form, dass die Interviewerin „im falschen Moment die Ausführungen des Interviewten unterbricht und zur nächsten Frage übergeht“, aber doch indem sie „zur nächsten Frage übergeht, statt vertiefend anzuknüpfen“ (Flick 1996, S. 113).

Auch die bereits vielfach belegte Tatsache, dass man mit qualitativen bzw. quantitativen Methoden zu ganz unterschiedlichen Ergebnissen kommt, hat sich neuerlich bestätigt. Am Beispiel der Funktionen des Hausarztes etwa lässt sich zeigen, dass man bei einer Abfrage der fünf Funktionen (primärärztliche Funktion, haus- und familienärztliche Funktion, soziale Integrationsfunktion, Gesundheitsbildungsfunktion, Koordinierungsfunktion) durch Ankreuzen oder durch aktives Ansprechen („glauben Sie, dass Sie auch eine Koordinierungsfunktion wahrnehmen?“) sehr wahrscheinlich von jedem Arzt zu jeder Funktion eine bejahende Antwort erhalten hätte. Mit der qualitativen Methode, sich dem Bereich durch offene Fragen zu nähern, erhält man „ungesteuerte“ Aussagen, aus welchen man auch darauf schließen kann, welche Funktionen bewusst und aktiv durch den Arzt *wahrgenommen* (im doppelten Sinn des Wortes als Wahrnehmen: im Sinne von Bemerkten, sich bewusst werden und als Wahrnehmen im Sinne von Tun, danach handeln) werden und was eher beiläufig geschieht, weil es irgendwie auch dazugehört oder die Patienten danach fragen. Es werden sich alle fünf Funktionsbereiche bei jedem Arzt mehr oder weniger finden, aber gerade aus der Differenzierung, welche Funktion der Arzt selber aktiv und bewusst verfolgt oder benennt, ist Erkenntnisgewinn möglich.

Als extrem zeitaufwändig stellte sich die Transkription der Interview-Tonbänder heraus. Auch hierfür wäre es im Sinne einer ökonomischen Forschungstätigkeit hilfreich gewesen, die eine oder andere ausführliche Erzählung von Alltagsbegebenheiten zu unterbrechen, zumal Nachlässigkeiten dabei mehrfach die Forschungsökonomie beeinträchtigen: bei der Zeitdauer des Interviews (die mit rund

einer Stunde am oberen Ende des auch von Seiten der Interviewpartner Möglichen lagen), bei der Transkription, beim Korrektur-Lesen der Transkripte und beim Festlegen der Analyse-Einheit (auszuwertender Textabsatz) und schließlich bei der Daten-Extraktion.

Die Unterstützung bei der Transkription durch andere Personen war für das Vorankommen im Forschungsprozess sehr wichtig, führte jedoch dazu, dass diese Transkripte noch einmal korrekturgehört und –gelesen werden mussten. Ein sehr positiver Effekt des nochmaligen Abhörens der Kassette mit dem Original-Interview vor der Datenextraktion war, dass die Interview-Situation, die Stimmung und der Gesamtkontext (das „wirklich Gemeinte“) der Interviewerin noch einmal explizit ins Bewusstsein gerückt wurde und so eine adäquatere Interpretation erzielt werden konnte, als dies ohne das nochmalige Abhören möglich gewesen wäre. Fehlinterpretationen konnten dadurch reduziert werden. Gänzlich ausgeschlossen werden können solche Fehlinterpretationen oder Missverständnisse nie, weil es sich ja um Kommunikationen handelt, welche (zumindest) einer Reihe von Sender-Empfänger-Problematiken unterliegen. Ohne dass hier der Raum wäre, auf kommunikationswissenschaftliche Aspekte näher einzugehen, soll zur Verdeutlichung ein Beispiel für die vielfältigen Voraussetzungen gelingender Kommunikation gegeben werden. Badura hat das (technik-orientierte) Sender-Empfänger-Modell von Shannon und Weaver erweitert um die gesellschaftlichen Randbedingungen der Kommunikation, welche die Kommunikationssituation, das Informationsniveau, den emotiven Erlebnishorizont und die Interessen betreffen:

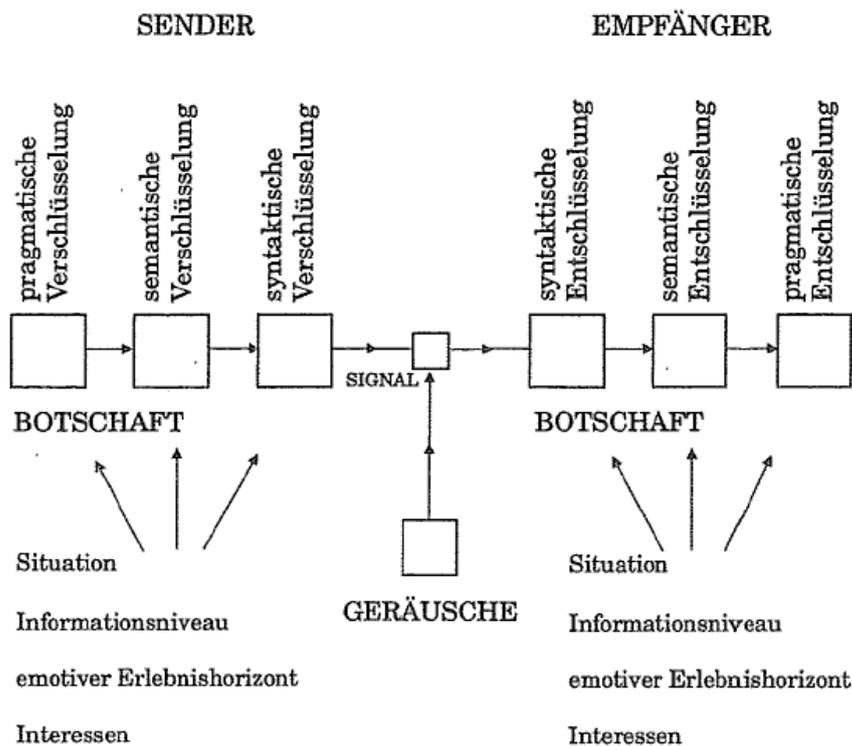


Abb. 22: Randbedingungen von Kommunikation nach (Badura 1971, S. 20 und Badura 1992b, S. 19) entnommen aus: Burkart 2002, S. 430.

Neben diesen vielfältigen Randbedingungen von Kommunikation ist es bei einer Anzahl von dreizehn Interviews und insgesamt daraus resultierenden 194 Seiten Text unmöglich, alle Aspekte und Kontexte zu erfassen und bei der Extraktion im Blick zu behalten. Auf ein Notationssystem für nicht-sprachliche Elemente wurde verzichtet, da auch dieses nicht in der Lage gewesen wäre, Fehl-Interpretationen gänzlich zu vermeiden, gleichzeitig aber die Komplexität und damit die Gefahr, Wesentliches zu übersehen, erhöht hätte. Notationssysteme werden für Experten-Interviews im Allgemeinen auch nicht für notwendig erachtet. „Da es bei Experteninterviews um gemeinsam geteiltes Wissen geht, halten wir aufwendige Notationssysteme, wie sie bei narrativen Interviews oder konversationsanalytischen Auswertungen unvermeidlich sind, für überflüssig.“ (Meuser, Nagel 1991). Parasprachliche Elemente, wie Pausen, Stimmlagen und so weiter sollten nicht Gegenstand der Interpretation sein und auf ihre Transkription konnte daher verzichtet werden. Bestätigende „mhm’s“ der Interviewerin und Pausen schaffende „ah’s“ sowie Wortwiederholungen der Interviewten wurden allerdings schon transkribiert, um diese als Kontextinformationen über den Erzählfluss zur Verfügung zu haben.

Sowohl die entwickelten Suchraster als auch die technische Unterstützung bei der Datenextraktion sind sehr hilfreich, dennoch kann auch ein programmiertes Makro das Denken und Auswerten nicht abnehmen. Diese technischen Dinge helfen aber sehr dabei, in einer Fülle von Material den Überblick zu bewahren und so den Kopf frei(er) zu haben für Zusammenhänge und Interpretation.

Hilfreich und notwendig war es aber dennoch, auf Basis der mit Hilfe der Makros erstellten Extraktionstabellen und bei gleichzeitigem Im-Blick-haben der Auswertungskategorien und ihrer Definitionen noch weitere Tabellen anzufertigen, um die Komplexität weiter zu reduzieren.

Die Konstellation „Mitarbeiterin des Vertragspartners Gebietskrankenkasse interviewt Vertragspartner Arzt“ soll wird an dieser Stelle bewusst noch einmal reflektiert, da das Phänomen der sozialen Erwünschtheit (Diekmann 2010) bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen ist.

Diesem Nachteil (von dem im übrigen nicht sicher ist, ob er durch eine andere Interviewperson ausgeschaltet oder gemildert hätte werden können, denn eine gewisse Verzerrung in Richtung soziale Erwünschtheit bringt vermutlich jede Tonbandaufzeichnung eines Gespräches mit sich) stehen beträchtliche Vorteile gegenüber: beide - Interviewerin und Interviewer - kennen die Systembedingungen von innen und können sich so weitaus besser verständigen, als in einer Interviewsituation, wo ein wissenschaftlicher Interviewer von außen kommt. Die Kontextinformationen werden geteilt, was den Interviewfluss unterstützt. Auch dass überhaupt eine ausreichende Zahl von Interviewpartnern unter den Hausärzten gefunden werden konnte, welche bereit sind, ein Interview von einer Stunde Dauer auf Tonband aufzeichnen zu lassen, ist ein Vorteil der Systempartnerschaft in Oberösterreich.

7. Schlussfolgerungen und Handlungsempfehlungen

In inhaltlicher Hinsicht zeigen die Ergebnisse, dass die Frage, ob sich Hausärzte (trotz einheitlichen naturwissenschaftlichen Medizinstudiums und trotz einheitlicher

Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems) hinsichtlich ihrer subjektiven Gesundheitsvorstellungen unterscheiden, eindeutig bejaht werden kann. Auch bei den dreizehn befragten oberösterreichischen Hausärzten zeigen sich – ähnlich wie bei den Ergebnissen von Flick et al (2004) – sowohl krankheits- und belastungsorientierte als auch sozial-funktional orientierte und gesundheitswissenschaftlich orientierte Gesundheitsvorstellungen. Auch eine bislang in der Literatur nicht beschriebene Vorstellung konnte gefunden werden, nämlich „Krankheit in Anwesenheit von Gesundheit“ (siehe Kapitel 6.3.1).

Am häufigsten (wenn auch nie als einzige vorliegende bei einem Arzt) war eine gesundheitswissenschaftliche Gesundheitsvorstellung anzutreffen, gefolgt von krankheits- und belastungsorientierten Gesundheitsvorstellungen und sozial-funktional orientierten Gesundheitsvorstellungen. Wie bei Flick et al (2004) zeigte sich auch in der vorliegenden Untersuchung, dass ein individueller Arzt häufig mehrere Vorstellungen von Gesundheit gleichzeitig aufweist.

Anders als bei Flick kann dies aber nicht als „Abkehr der Ärzte von der medizinischen und dichotomen Sichtweise auf Gesundheit und Krankheit“ (Flick et al. 2004) gewertet werden, sondern es zeigt sich vielmehr eine von mehreren Ambivalenzen, die dem hausärztlichen Selbstverständnis und Handeln innewohnt:

Ambivalenz 1: Die private und die berufliche Gesundheitsvorstellung

Oberösterreichische Ärzte unterscheiden zwischen ihrem eigenen, sozusagen privaten, Gesundheitsbegriff und ihrer Rolle als Hausarzt. Ärzte als Individuen haben selten ausschließlich einen subjektiven Begriff von Gesundheit als Vakuum, in ihrem beruflichen Handeln sind sie jedoch pathogenetisch orientiert.

Der private Gesundheitsbegriff von Ärzten ist – wie sich auch in den Forschungsergebnissen zur sozialen Repräsentation von Gesundheit zeigt (Flick et al. 2004, S. 35) – häufig gesundheitswissenschaftlich orientiert. Wenn es jedoch um das berufliche Handeln als Hausarzt geht, erfolgt bei oberösterreichischen Hausärzten eine mehr oder weniger bewusste Verengung auf das naturwissenschaftlich-technisch geprägte, pathogenetische, Modell.

Das Verwirklichen mehrerer sozialer Rollen (Dahrendorf 2006) nebeneinander, wobei auch Rollenkonflikte auftreten und zu lösen sind, ist für die moderne Gesellschaft nicht außergewöhnlich sondern geradezu typisch: jeder Mensch verwirklicht im modernen Leben unterschiedliche Rollen, die auch in Konflikt zueinander stehen können – man denke nur an berufstätige Eltern, welche die berufliche und elterliche Rolle verwirklichen. Aus manchen hausärztlichen Schilderungen könnte man ablesen, dass gerade die Verengung auf das medizinische Modell dazu dient, Rollenkonflikte zu lösen.

Andere Schilderungen wiederum deuten darauf hin, dass auch in das hausärztliche Verständnis und Handeln ein Teil des Verständnisses von New Public Health im Sinne von think upstream (Ashton, Seymour 1988) Eingang gefunden hat.

Hausärzte sind dabei keinesfalls eine homogene Gruppe sondern es bestehen erhebliche individuelle Unterschiede.

Blickt man auf die konkrete Verwirklichung der hausärztlichen Rolle, besteht ein nicht unerheblicher Spielraum, wie die unterschiedliche Gewichtung der fünf Funktionen der Allgemeinmedizin durch Hausärzte zeigt. Aussagen, wodurch es zu dieser unterschiedlichen Gewichtung kommt – ob diese durch externe Bedingungen (etwa die Zusammensetzung des Patientenkollektivs) oder durch arzt-individuelle Faktoren (Persönlichkeit oder auch familiäre Situation) oder andere zustande kam – lassen sich anhand der vorliegenden Befragungsergebnisse nicht machen. Jedenfalls klar zum Ausdruck kommt, dass Verhältnisgestaltung als Thema der Hausarztpraxis kaum möglich erscheint. Unterschiede zeigen sich auch im Arbeitsstil und in der Reichweite der praktischen Tätigkeit: es gibt sowohl Hausarztpraxen mit Terminsystem, als auch solche ohne; es sind noch Hausarztpraxen vorzufinden, wo der Arzt selber ohne Computer arbeitet; es gibt Hausarztpraxen, wo der Arzt sehr aktiv in Richtung Gesunde Gemeinde ist (jedoch dennoch in seiner Domäne, der risikoorientierten Verhaltenskomponente bleibt) und solche, wo dies ausgeklammert wird u.a.m.

Was die Ressourcen der Hausarztpraxis betrifft, stärker in Richtung des gesunden Endes des Gesundheits-Krankheits-Kontinuums zu gehen, betrifft, so ist festzustellen, dass sechs von dreizehn Ärzten bereits jetzt über Zeitmangel in der einen oder anderen Form klagen. Gleichzeitig werden aber auch viele Entwicklungen beschrieben, welche der Hausarztpraxis Arbeit abgenommen haben. Darunter fallen Dinge, die begrüßt werden, wie die Hauskrankenpflege und Altenhilfe, welche dem Arzt viele Tätigkeiten abnehmen, ebenso wie aus der Sicht von Hausärzten bedauernde Dinge, wie zum Beispiel der Verlust der Mutter-Kind-Paß-Untersuchungen an die Kinderfachärzte. Zur wöchentlichen Ordinationszeit haben alle Ärzte Angaben gemacht. Sie bewegt sich in einem Rahmen von 40 (höchster Wert) bis 25 (niedrigster Wert) Wochenstunden und liegt damit durchaus in einem für einen gut dotierten Vollzeit-Job üblichen Ausmaß. Gerade bei jüngeren Ärzten klingt jedoch auch die Frage der work-life-balance mit, worin sich bis zu einem gewissen Grad auch eine generelle gesellschaftliche Veränderung widerspiegelt. Auch eine jüngst publizierte Online-Umfrage des KompetenzZentrums Allgemeinmedizin in Baden-Württemberg, an der 1.299 Medizinstudenten (60 % Frauenanteil) teilnahmen, zeigt, dass angehenden Ärzten zum Beispiel persönliche Werte und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf wichtiger sind als Verdienst und Karriere (Kiolbassa et al, 2011). Insgesamt erscheint erstaunlich, dass Ärzte ihre Wochen-Arbeitszeit erst zusammenrechnen müssen und nicht sofort parat haben. Diese Nicht-Begrenzung könnte teilweise erklären, warum die Unzufriedenheit groß ist – man weiß nicht, wann es genug ist. Zeitweise war ein gewisses Unbehagen bei dieser Frage spürbar, das aber von keinem Arzt benannt wurde. Auch dies könnte die zaghafte Angaben teilweise erklären.

Dieses Schwanken zwischen einerseits Allzuständigkeitsanspruch und andererseits Suche nach Begrenzung der Hausärztlichen Tätigkeit führt zur zweiten Ambivalenz.

Ambivalenz 2: Das Wollen und das Tun

Hausärzte betonen die haus- und familienärztliche sowie auch die Koordinierungsfunktion stark, gleichzeitig empfinden sie alle Tätigkeiten außerhalb der Medizin im engeren Sinn als zumindest „lästig“.

Auch sind immerhin sechs Hausärzte für eine Aufwertung des Hausarztes im Sinne einer Lotsenfunktion, wovon sie sich einen besseren Überblick über das Geschehen betreffend ihre Patienten versprechen. Auch Einsparungen für das Gesamtsystem werden gesehen. Zweifelhaft erscheint, ob diesen Ärzten auch bewusst ist, dass mit einer solchen Stärkung der Rolle als Hausarzt nahezu zwangsläufig auch eine Zunahme der erwähnten „eigentlich nicht medizinischen Tätigkeiten“ verbunden ist. Es ist weder realistisch noch wünschenswert, dass sich eine Lotsenfunktion darauf beschränkt, den Zutritt zu Versorgungsebenen zu steuern und den Überblick über die Befunde des Patienten zu haben, vielmehr muss diese Patientensteuerung auch dazu führen, dass der Patient mehr als bisher im Hausarzt einen Ansprechpartner hat, der ihm die Interpretation der Befunde und die daraus folgenden Handlungsempfehlungen verständlich macht und ihn bei der Umsetzung begleitet.

Auch die Antwort auf die Frage, welche Vorstellungen von Gesundheitsförderung und Prävention Hausärzte haben, fällt differenziert aus. Es wurde eine Vorstellung geäußert, welche sehr nahe an den gesundheitswissenschaftlichen Begriffsdefinitionen ist, viele Hausärzte setzen Gesundheitsförderung und Prävention aber auch gleich und halten eine Unterscheidung der Konzepte quasi für Haarspalterei:

„Ich sehe keinen Unterschied. Also ich bin da nicht so ein i-Tüpel-Reiter. Für mich ist das ziemlich ident“. (A5, 59)

Gleichzeitig haben Hausärzte eine Wahrnehmung der Bedingungen für Gesundheit und Krankheit, welche durchaus als umfassend bezeichnet werden kann. Wenn es um die Faktoren geht, die die Menschen gesund erhalten bzw. krank machen, sind von den von Noack (1999) angeführten Handlungsebenen (in absteigender Reihenfolge) sowohl die soziale Umwelt, als auch die Lebensweise, personale Faktoren und die physische Umwelt sowie an letzter Stelle auch das Versorgungssystem bei Hausärzten anzutreffen. Dabei bestehen jedoch erhebliche individuelle Unterschiede, wie breit das Denken ist. Auch hinsichtlich der Frage, ob mehr ein Ressourcen stärkender oder Risiko vermindernder Denzugang besteht, variieren die Aussagen. Insgesamt besteht jedoch ein Überhang des krankheitsbezogenen Denkens. Gefragt nach den Bedingungen, welche Menschen gesund erhalten bzw. krank machen, bewegen sich Hausärzte sowohl auf der Ebene

des Individuums (und dessen Konstitution und Verhalten) als auch auf der Ebene der Verhältnisse (der Umgebungsbedingungen für Gesundheit bzw. Krankheit).

Diese Wahrnehmung verengt sich aber, wenn es um das hausärztliche Handeln geht und zeigt die dritte Ambivalenz.

Ambivalenz 3: Das Wissen und das Handeln

Die Vorstellungen davon, was Gesundheitsförderung und Prävention ist, sind recht unterschiedlich. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass die Vorstellungswelt der Ärzte *nicht* (mehr?) in einer Krankheitszentrierung und isolierten Betrachtung von (Risiko-)Verhalten allein besteht. Insofern kann konstatiert werden, dass seit der Feststellung einer notwendigen Umorientierung der professionellen Ziele und Haltungen durch Faltermaier (1999) eine Entwicklung zum aus Sicht der Gesundheitswissenschaften Positiven stattgefunden hat. Faltermaier formulierte diese notwendige Umorientierung schlagwortartig so:

- „Von der dominanten Krankheitszentrierung zur Förderung auch positiver Aspekte von Gesundheit;
- Von der Wahrnehmung von Menschen als potentielle Patienten zur Berücksichtigung der gesamten Person;
- Vom isolierten (Risiko-)Verhalten zum Gesamtkontext der Lebensführung;
- Vom medizinischen Laien zum Experten für die eigene Gesundheit;
- Von der Prävention von Störungen zur Balance von Gesundheit mit anderen Lebensaufgaben.“ (Faltermair 1999, S. 159).

Ärzte haben grundsätzlich eine breite Sicht auf die Entstehungsbedingungen von Gesundheit und Krankheit, wechseln jedoch – was ihre berufliche Rolle betrifft – bewusst oder unbewusst auf eine krankheitsbezogene Sicht der Dinge. Dementsprechend eingeschränkt sind auch die Handlungsmöglichkeiten, die Ärzte sehen. Konkrete Handlungen – und sei es nur der ärztliche Rat – werden in den allermeisten Fällen bislang doch lediglich durch krankheits- und risikofaktorenorientierte Wahrnehmungen ausgelöst: Ernährung wird dann zum Thema, wenn der Fettstoffwechsel nicht in Ordnung ist; Bewegung und Training wird dann zum Thema, wenn Rückenschmerzen aufgetreten sind bis hin zu

zwischenmenschlichen und sozialen Beziehungen, die ebenfalls erst im Fall von physiologischen oder psychischen Problemen relevant werden.

Sehr bewusst geht Arzt 1 auf diese Ambivalenz ein. Ausgehend von einem recht umfassenden Verständnis über Gesundheitsförderung und Prävention...

„Gesundes Familienleben, Familienleben also soziale, soziale intakte Rahmenbedingungen und dann eben entsprechend gesunde Ernährung, Nahrungsmittelqualität verschiedene andere unfallvorbeugende Dinge, also Sicherheit am Arbeitsplatz, Sicherheit im Haushalt und dann natürlich die ausreichende medizinische Versorgung, das Versorgungssystem, dass das funktioniert, wenn wirklich einmal etwas dazwischen kommt, ja das sind irgendwie die Eckpfeiler.“ (A1, 77)

... hat er für sich eine Abgrenzung getroffen:

„Also Gesundheitsförderung, eben da ist dann praktisch, da ist ja da wieder der Unterschied. Im Bereich der Prävention, so wie ich das verstehe oder wie ich das definiere, ist der Hausarzt natürlich wichtig. In der Gesundheitsförderung mit den Punkten, die wir zuerst genannt haben, also vom sozialen bis zum Dings, ist glaube ich, der Hausarzt nicht so wichtig. Da würde ich mich nicht als so wichtig sehen. Man muss auch nach dem Motto leben: man kann nicht alles machen. Du kannst, wenn ´st was ordentlich machen willst, dann dann musst du die Zeit und die die Energie in das investieren und kannst nicht auf zehn Hochzeiten tanzen. Das heißt, mein Spezialgebiet ist die Prävention, oder ist die ist die Behandlung, Wiederherstellung der Gesundheit oder, oder Verhinderung größerer Probleme, aber diese anderen Felder von sozialen Sachen und und und Sicherheit am Arbeitsplatz oder was weiß ich diese Dinge, das müssen andere machen. Ich glaube, da kann man den Hausarzt, man könnte ihn vielleicht einbinden, man könnte ihn da eben gebrauchen und verwenden, aber da glaube ich, das das, also da bin ich nicht bereit dazu, weil weil da, das geht dann, ich beschäftige mich lieber mit einer Sache g´scheit und nicht also zwanzig verschiedenen Dingen. Also jetzt da Vortragstätigkeiten und dort und dies und das, wie es viele machen, oder, die dann hin und her hupfen, ja dann haben sie überall die, mischen sie mit und im Prinzip funktioniert es dann nicht, habe ich den Eindruck.“ (A1, 81)

Hausärzte schätzen also sehr wohl die Verhältnisbedingungen als Ursache für Gesundheit bzw. Krankheit in einem gesundheitswissenschaftlichen Sinne richtig ein (wenngleich mit einem deutlichen Fokus auf die krank machenden Faktoren), ihr Handeln beschränken sie jedoch auf *die Medizin* und diese Medizin umfasst Krankheiten diagnostizieren, Medikamente aufschreiben, Therapien durchführen, überweisen, teilweise auch das Beratungsgespräch. Auch auf Ebene des Verhaltens sind bei vielen Ärzten Vorstellungen vorhanden, wie mehr Bevölkerungsgesundheit

erreicht werden könnte (wieder mit einem Überhang von Risiko vermindern Ansätzen), so recht zuständig fühlen sie sich dafür jedoch nicht. Allenfalls werden solche Dinge im Rahmen einer Gesundenuntersuchung ausführlicher besprochen, oder aus Anlaß von Problemen im Rahmen der Ordination. Sehr häufig sind es psychische oder psychosomatische Problemlagen, die Ärzten in den Sinn kommen, wenn es darum geht, Gesundheitsförderung und Prävention zu betreiben. Einerseits kann dies wiederum als Ausdruck einer Krankheitsorientierung gewertet werden, andererseits zeigt sich darin aber auch das Dilemma, dem sich nicht nur Hausärzte, sondern das Gesundheitssystem insgesamt gegenüber sehen: was ist der richtige Zeitpunkt, welches sind die richtigen Maßnahmen, um rechtzeitig zu intervenieren? Welche Interventionen – die immer auch Investitionen sind – sind angemessen zur Vermehrung der Bevölkerungsgesundheit, welche unterlässt man lieber?

Was Luhmann für das Medizinsystem festgestellt hat - „Nur Krankheiten sind für den Arzt instruktiv, nur mit Krankheiten kann er etwas anfangen. Die Gesundheit gibt nichts zu tun, sie reflektiert allenfalls das, was fehlt, wenn jemand krank ist.“ (Luhmann 1993, S. 187) – tritt auch in den Interviews zutage und es muss daher ergänzend zu den subjektiven Vorstellungen und dem Handeln des Arztes auch auf die Systembedingungen geblickt werden. Was für den Arzt instruktiv ist, hängt ja nicht nur von dessen subjektivem Verständnis und seiner Ausbildung ab, sondern sehr wesentlich auch davon, was das Gesollte aufgrund der Rahmenbedingungen ist. Solange in den Gesamtverträgen und Honorarordnungen hauptsächlich krankheitsbezogene Leistungen enthalten sind, wird auch das Geschehen in der Arztpraxis sich danach ausrichten. Solange die Gesundenuntersuchung hauptsächlich eine Untersuchung mit allerlei Laborparametern und der Suche nach Risikofaktoren ist, wird in der Arztpraxis dieses Risikofaktoren-orientierte Untersuchungsprogramm und nicht etwas anderes ablaufen.

Ambivalenz 4: Wunsch und Wirklichkeit oder Handlungsrahmen und Handeln

Sowohl die Strukturen, welche die Arztpraxis umgeben, als auch das Honorierungssystem üben sichtbar Einfluss auf das Geschehen in der Arztpraxis aus. Mobile Dienste führten zu mehr Kooperation und es konnte der demographischen Entwicklung ein Stückweit Rechnung getragen werden. Das

Honorierungssystem führt dazu, dass in der Wahrnehmung der Ärzte soziale Integrationsfunktion, Koordinierungsfunktion und Gesundheitsbildung (außerhalb der Gesundenuntersuchung) nicht honoriert würden. Auch wenn die meisten Ärzte betonen, dass sie mit ihrem Einkommen unter dem Strich zufrieden seien, bleibt dieses psychologische Phänomen. Die Frage des idealen ärztlichen Honorierungssystems war nicht Fragestellung dieser Arbeit. Eines kann aber allgemein festgestellt werden. Das *eine*, beste Honorierungssystem gibt es nicht, weil jede Form der Vergütung spezifische Steuerungswirkungen hat. So wirken beispielsweise Fall- oder Kopfpauschalen dahingehend, dass der Arzt Interesse an einer geringen Zahl an Arztkontakten pro Patient hat, was bei einer Einzelleistungsvergütung nicht der Fall ist. Eine Einzelleistungsvergütung wirkt sich negativ auf die Auswahl volkswirtschaftlich kostengünstiger Behandlungsmethoden aus. Bei Fallpauschalen besteht dieses Problem nicht so sehr, allerdings besteht der Anreiz, schwierige Fälle an andere Leistungserbringer zu überweisen usw. (Schulenburg, 1992).

Das Forcieren von Gesundheitsförderung und Prävention birgt jedenfalls Innovationspotential für das Gesundheitswesen und: sehr viele relevante Akteure von der Politik über die Selbstverwaltung der Ärzte und der Krankenkassen bis hin zu vielen einzelnen Bürgern haben die Bedeutung des Themas erkannt und bekennen sich offen dazu, mehr für die Gesundheit unternehmen zu wollen. Insofern befinden wir uns bereits im Public Health Action Cycle und die Policy Formation hat begonnen – auch was die Neuorientierung des Gesundheitsdienstes Hausarzt betrifft. Zur Förderung der Umsetzung sehen Flick et al (2004) mehrere Wege: Verankerung in der bestehenden Aus- und Weiterbildung, Schaffung neuer Berufsgruppen und – bilder oder Implementierung in bestehende Aktivitäten bereits praktizierender Berufsgruppen und ihrer Mitglieder (Flick et al. 2004). Der Weg bis zu einer solchen Neuorientierung birgt allerdings noch einige Unwägbarkeiten, wie die vorliegende Untersuchung gezeigt hat.

Ärzte suchen bei ihrer Tätigkeit sehr stark auch den Sinn. Ergebnisse im Sinne von sichtbaren Outcomes (etwa die erfolgreiche Begleitung von Familien über mehrere Generationen, gelöste schwierige Fälle, ...) beflügeln die Tätigkeit, während administrative Agenden als lästig und störend empfunden werden. In einer

Entlastung der Ressource Arzt von administrativen Belangen und einer gleichzeitigen Stärkung der Rolle in Richtung Gesundheitsgewinn durch frühes und nachhaltiges Eingreifen des Hausarztes, liegt daher durchaus Potential. Eine Verständigungsmöglichkeit und Anschlussfähigkeit von Medizinerinnen und Gesundheitsförderung ist prinzipiell gegeben, für das tatsächliche Realisieren gesundheitsförderlicher Interventionen, welche wesentlich über die derzeitige Form der Gesundheitsberatung hinausgehen, ist die Hausarztpraxis aber nicht der richtige Ort. Dazu wäre der Spagat von der Pathogenese zur Salutogenese zu groß und die Hausarztpraxis verfügt auch nicht über die organisatorischen und zeitlichen Ressourcen dafür. Die Rolle des Hausarztes als Motivator und Zuweiser zu – in regional größeren Einheiten zusammengefassten – Angeboten der Gesundheitsförderung und auch als Promotor zur verhältnisorientierten Gesundheitsförderung erscheint aber ausbaufähig. Voraussetzung für ein Gelingen ist – neben einer begleitenden und organisierenden Struktur – aber sicherlich eine Schulung und Weiterbildung in Gesundheitsförderung. Es wird allerdings nicht leicht sein, die Ärzte dafür zu gewinnen, da keine (zusätzliche) Nachfrage nach solchen Schulungsinhalten festgestellt werden konnte – im Gegenteil: in den Interviews entstand fast der Eindruck einer latenten Befürchtung vor zusätzlichen Weiterbildungen.

„Es genügt deshalb nicht, eine Motivation für ein bestimmtes Gesundheitshandeln zu haben, sondern es muß auch Wege geben, dieses im Alltag zu realisieren. Es stellt sich daher immer die Frage, wie sich ein Gesundheitshandeln in die Struktur des Alltagshandelns einpassen lässt. Solche lebenspraktischen Probleme sind in der bisherigen Forschung völlig vernachlässigt worden oder auf einer rein kognitiven Ebene abgehandelt worden.“ (Faltermaier 1999, S. 158) Das was Faltermaier hier hinsichtlich der Voraussetzungen für eine subjektorientierte Gesundheitsförderung feststellte, gilt im Zusammenhang der Hausarztpraxis in doppelter Hinsicht. Erstens ist es zu berücksichtigen bei den Angeboten bzw. der Überweisung zu Gesundheitsförderung an das Individuum *durch* die Hausarztpraxis (bzw. auch die Krankenversicherung): macht man „nur“ verhaltensbezogene Angebote, ohne auch die gesundheitsbezogenen Verhältnisse zu bearbeiten, besteht die Gefahr, einem Healthismus Vorschub zu leisten, der vorgibt, die Gesundheit der Menschen fördern

zu wollen, in Wahrheit aber, „zu einem gesundheitsmoralischen Rigorismus, bei dem Abweichungen von den Regeln sozial sanktioniert werden“ (Faltermaier 1999, S. 159), führt. Zweitens gilt es jedoch auch die praktischen Probleme, denen sich der Hausarzt gegenüber sieht, *bei* der Umsetzung in seiner Praxis und die Strukturen und Rahmenbedingungen der hausärztlichen Tätigkeit anzupassen (durch verstärkte Kooperation, durch Schulung und Weiterbildung, durch verrechenbare Leistungspositionen, u.a.m.). Auf diese Weise kann auch ein Beitrag zur Attraktivierung der hausärztlichen Tätigkeit geleistet werden, der auch von den Autoren einer aktuellen online-Umfrage des KompetenzZentrums Allgemeinmedizin in Baden-Württemberg gefordert wird, um einen drohenden Hausärztemangel vor allem in ländlichen Regionen zu vermeiden (Kiolbassa et al, 2011).

Handlungsempfehlungen

Welche Position soll der Hausarzt nun tatsächlich einnehmen im Gesundheitswesen, das nicht mehr länger nur ein Krankenversorgungswesen sein soll? Hier gehen die Vorstellungen deutlich auseinander, was ein Beleg für die beginnende Neuorientierung ist. Im Folgenden wird ein konkreter Vorschlag unterbreitet, der auf Kooperation und Arbeitsteilung beruht.

Nachdem die meisten Ärzte eine gesundheitswissenschaftlich orientierte Gesundheitsvorstellung subjektiv als Individuum schon in sich tragen, gibt es prinzipiell Anknüpfungspunkte für salutogene Fragestellungen. Das handlungsrelevante Wissen der Ärzte im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention ist jedoch derzeit gering. Gesundheitsförderung im Sinne eines Ausrichtens der Aktivitäten auf die Stärkung von Ressourcen anstelle der Vermeidung von Risiken ist Ärzten in Zusammenhang mit ihrer beruflichen Rolle fremd. Dies ist auch nicht weiter verwunderlich, da Ausbildung, Leistungskatalog und Honorarordnung gänzlich auf kurative Leistungen zugeschnitten sind.

Nun besteht prinzipiell die Möglichkeit, die Honorarordnung um salutogene Leistungen zu ergänzen, allerdings deuten die vorliegenden Ergebnisse auf erhebliche zu erwartende Umsetzungsschwierigkeiten hin. Die Domäne des Arztes ist die Krankheit – zu Gesundheitsförderern im gesundheitswissenschaftlichen Sinn

ist es ein großer – womöglich ein *zu* großer - Schritt. Arzt 6, ein bereits langjährig in der Praxis tätiger Arzt, weist ein sehr breites Verständnis der Entstehungsbedingungen von Gesundheit und Krankheit auf:

„Die Alkoholexzesse, die bei allen Festen im Sommer durch anfallen, das ist schlimm, wenn man Nachtdienst hat und man weiß schon Freitag, Samstag, Sonntag ist es meistens, da ist das Sommernachtfest und dann dieses und dann muss in der Nacht, eigentlich gibt es sehr wenig Krankheiten, wo man wirklich ausrücken muss, sondern es gibt nur Alkoholleichen, wo dann jedes Mal der Arzt, die Rettung und wenn es weiter fehlt, also der bewusstlos ist, der Notarzt fahren muss, und ah die Patienten, wo man das auf die Einweisung darauf schreibt, Alkohol usw. Vollrausch wird derjenige nicht zur Verantwortung gezogen. ...

Ja das ist das, das geht ja, was mich hauptsächlich dann betrifft, sind die Verkehrsunfälle, weil es durchaus möglich wäre dann diese Strecke von ah, die [Straßenbezeichnung] von nach [Ortsname] immer weit zu schnell gefahren wird und die Kontrollen meiner Meinung nach bezüglich der Schnelligkeit und schnell fahren einfach zu wenig sind. ...

Dann kommt natürlich die Ernährung von Kindheit an, dann natürlich die Erziehung, das soziale Umfeld und wie die Jugend aufwächst, weil wenn er sieht, dass seit Kindheit, dass Vater und Mutter Rauchen, dass ungesunde Ernährung, Alkohol, Fett usw. dann wird er wahrscheinlich dieselbe Schiene wieder einschlagen, das überblicke ich schon seit Generationen. Aber, ah und dann kommt natürlich, kommt dann die Schulbildung dazu ah, was für einen Beruf derjenige einschlägt, weil es doch so ist, dass die, die bessere Chancen haben bei der Ausbildung, dass die sich anderes ernähren in vielen Fällen. ...

Hauptsächlich in der jetzigen Zeit ist schon ah, ah, der Stress also die, die vor allem die Arbeitsbedingungen, ich habe sehr viel mit Pendlern die also nach [Ortsname] auspendeln müssen, die also praktisch nicht 8 Stunden arbeiten sondern die 12 Stunden arbeiten die also mit dem Stau, die viel Stress haben und der beeinflusst meiner Meinung nach also die Gesundheit sehr, sehr viel. Möglicherweise, das weiß ich jetzt nicht, aber der Druck von der Gesellschaft, also man muss das und das erreichen, damit man also mithalten kann und ja das ist also in vielen Fällen nicht möglich, wenn also die Verdienstmöglichkeiten nicht da sind. Bei uns die Löhne sicher wesentlich schlechter sind also z.B. im Zentralraum und man kann sich nicht das leisten, was einem immer vorgegaukelt wird, dass man haben sollte.“ (A6, 70-80)

Auf der Interventionsseite sieht er aber eindeutig andere Instanzen berufen. Bei seinen Möglichkeiten denkt er an Medikamente oder das Gespräch mit dem Patienten; zum „Druck ablassen“ (A6, 82) - nicht etwa zum Erlernen von Bewältigungsmustern.

Das Aufqualifizieren von Hausärzten zu praktisch tätigen Gesundheitsförderern erscheint grundsätzlich möglich – Gesundheitswissenschaft ist eine Querschnittsmaterie und es gelingt Berufsgruppen, die zu Beginn deutlich weiter entfernt sind vom Menschen und seinen Lebens- und Umgebungsbedingungen als

Ärzte, hier Fuß zu fassen, warum also nicht auch Ärzten. Fraglich erscheint jedoch, ob die nötige Bereitschaft dazu vorliegt, weil das Hausarzt-dasein bereits jetzt für viele Hausärzte schon sehr fordernd ist. Daneben besteht auf der Ebene der Zielgruppe für Maßnahmen der Gesundheitsförderung das Problem, dass die einzelne Hausarztpraxis zu klein erscheint, um eine ausreichende Fallzahl für Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention zu erreichen (z.B. Raucherentwöhnung,...) Es wäre daher erforderlich, das Einzugsgebiet mehrerer Hausärzte zusammenzufassen. Weiters hat sich gezeigt, dass die Hausarztpraxis mit organisatorischen Leistungen, die über das unmittelbare Praxismanagement hinausgehen, rasch überfordert ist.

Gesundheit ist auch und vor allem sozial bedingt. Hier haben oberösterreichische Hausärzte gezeigt, dass sie keineswegs nur an Risikofaktoren und individuelles Verhalten denken, sondern dass sie die Bedingungen von Gesundheit und Krankheit in einem weiten Kontext sehen. Ernsthaftige Bemühungen zur Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit im Wege der Arztpraxis erfordern daher, dass das Geschehen und die Wahrnehmungen aus diesem Setting in eine übergreifende Struktur eingebettet sind, wo ergänzend zu den verhaltensorientierten Maßnahmen aus dem Hausarztsetting verhältnisorientierte Maßnahmen zumindest angestossen werden können. Gesundheitsförderung ist dann besonders wirkungsvoll, wenn verhaltensbezogene und verhältnisbezogene Interventionsmaßnahmen miteinander kombiniert werden.“ (Altgeld, Kolip 2004, S. 42).

Im Rahmen dieser Arbeit war vor allem auch interessant, wie es aussehen kann, das „gezielte Eingreifen von öffentlich und professionell autorisierten Handelnden, um die sich abzeichnenden Entwicklungen von Morbiditäts- und Mortalitätstrends bei Einzelnen oder bei Bevölkerungsgruppen zu beeinflussen“ (Hurrelmann, Laaser 2006, S. 750), das „auf die Verbesserung von individuellen Fähigkeiten der Lebensbewältigung und ökonomischen, kulturellen, sozialen, bildungsmäßigen und hygienischen Bedingungen der Lebensgestaltung von Bevölkerungsgruppen“ zielt? (Hurrelmann, Laaser 2006, S. 751) verbunden mit der Frage „Welche Rolle spielt die Arztpraxis bei der „Stärkung von persönlicher und sozialer Gesundheitskompetenz, verbunden mit einer systematischen Politik, die auf die Verbesserung der

Gesundheitsdeterminanten ausgerichtet ist“? (Kickbusch 2003, S. 182) zit.n. Hurrelmann, Laaser 2006, S. 753).

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit haben gezeigt, dass das System Hausarzt aus sich heraus nicht in der Lage ist, eine stärkere Betonung gesundheitsförderlicher und präventiver Anteile als bisher zu verwirklichen – neben der fehlenden Ausbildung dafür, stehen auch die anzutreffenden Ambivalenzen dagegen. Auch konkrete, ambitionierte Versuche von Hausärzten sind mit wenigen Ausnahmen wieder eingestellt worden:

„Das haben wir früher gemacht, das mache ich jetzt nicht mehr. Wir haben früher so Diätstunden, ah- gemacht, Gewichtsreduktionsstunden, da habe ich zusammen mit einer Diätassistentin bei mir im Haus, da haben wir alle paar Jahre, zwei Jahre, solche Kurse angeboten, außerhalb der Ordinationszeit natürlich. Das habe ich aber aufgehört, das ist von der Zeit her, die ich, die ich mir nehmen möchte, auch für das Leben, ah- da habe ich gesagt, das tu ich mir nicht mehr an.

Ja, Und wie waren Ihre Erfahrungen damit?

Die waren gut, die waren gut. Die Erfahrungen waren gut, es war eine gute Diätassistentin, aber die ist dann auch, die hat geheiratet, ist dann Mama worden, hat dann auch weniger Zeit gehabt. Hat in [Ortsname] im Krankenhaus einen größeren Bereich übernommen, war dann zuständig für die Diätberatung, für die Kinder, dicken Kinder und so und hat dort Kurse gemacht und so hat sich dann das aufgehört.“ (A12, 43-45)

„Ah-, na ja, das ist eine sehr gute Frage, ich habe das früher gemacht vor gut 20 Jahren, habe ich Diabetesberatung gemacht, also Beratung für Typ 2 Diabetiker. Ich glaube ich war der erste im Bezirk [Name] und einer der ersten in OÖ, die also eine strukturierte Diabetesberatung gemacht haben, nach dem Düsseldorfer Modell in Zusammenarbeit mit dem Primarius, jetzigem Prim. [Name] in [Ortsname], der Internist, der früher Oberarzt in [Ortsname] war und bei dem ich Turnus gemacht habe, haben wir das Düsseldorfer Modell begonnen zu etablieren und das hat sich eigentlich sehr gut angelassen. Habe es aber dann wieder sein lassen, weil das also sehr zeitaufwändig ist und von der Kasse damals nicht honoriert wurde. Mittlerweile hat sich das ja geändert, also diese strukturierte Diabetesbetreuung wird ja von der Kasse jetzt bezahlt, allerdings gibt es jetzt in den Krankenhäusern eine so gut funktionierende ambulante Struktur der Diabetesbetreuung, dass ich also die Notwendigkeit hier bei meinen Patienten nicht unbedingt sehe, sondern die gehen entweder nach [Ortsname] oder nach [Ortsname] wenn es erforderlich ist.“ (A4, 53)

Mitten in den Schlußfolgerungen zur vorliegenden Arbeit wurde auch eine spanische Untersuchung publiziert, die sich unter dem Titel „Health promotion in primary care: How should we intervene? A qualitative study involving both physicians and patients“ einerseits mit den Vorstellungen von Ärzten und Patienten zu Gesundheitsförderung

und Prävention in der Primärversorgung und andererseits mit möglichen Verbesserungen für zukünftige Interventionen befasste. Die Aktualität des Themas und die Tatsache, dass man hinsichtlich der geeignetsten Interventionen auch international noch auf der Suche ist, werden dadurch unterstrichen. In dieser Untersuchung beschrieben die (mit qualitativen Methoden) befragten Ärzte häufige Widersprüche zwischen dem, was in Hinblick auf Gesundheitsförderung und Prävention getan werden sollte und dem was tatsächlich geschieht und zeigten sich über die aktuelle Situation frustriert. Diese Ärzte waren im Rahmen des spanischen Health Promotion and Prevention Activities Programmes, das 1988 von der Spanish Society for Family and Community Medicine ins Leben gerufen wurde, aktiv in Sachen Gesundheitsförderung und Prävention auf der Verhaltensebene tätig. Als häufigste Hindernisse im Alltag wurden Zeitmangel und zu umfangreiche Anforderungen genannt. Thematisiert wurde weiters die Frage der Effektivität der Interventionen, verbunden mit dem Problem, dass bei Gesundheitsförderung und Prävention die Effekte schwer (kurfristig) messbar sind. Gleichzeitig war das computergestützte Assessment der Aktivitäten ein klarer Grund für Unzufriedenheit und Ablehnung bei den Ärzten (Calderón et al, 2011).

Für Oberösterreich wird aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Dissertation der Aufbau von Qualifikationsangeboten für Ärzte in Sachen Gesundheitsförderung und Prävention vorgeschlagen – allerdings ausdrücklich *nicht* mit dem Ziel, dass Hausärzte selber die Intervention auch durchführen, sondern mit dem Ziel, dass Hausärzte als Filter und Zuweiser sowie als Unterstützer bei der Ergebnissicherung fungieren können. Die Entwicklung und Finanzierung von konkreten Leistungsangeboten, welche sich wesentlich stärker an Gruppen von Personen richten anstelle der bisherigen one-to-one-Schiene, ist eine weitere, korrespondierende Empfehlung. Ein wesentlicher Erfolgsfaktor liegt in einer verstärkten Kooperation der Hausarztpraxis mit anderen Institutionen und Berufsgruppen sowie in einer Koordination, welche für mehrere Hausarztpraxen die Angebote koordiniert.

Im Folgenden wird daher eine Umsetzung vorgeschlagen, welche in Kooperation mehrerer Organisationen arbeitsteilig die spezifischen Vorteile und speziellen Kompetenzen der jeweils Tätigen zu einem gemeinsamen Ganzen zusammen fügt:

a) Der Hausarzt als Filter und Begleiter

Der Hausarzt fungiert als Filter und Zuweiser, um genau jene Menschen dem jeweiligen Gesundheitsförderungs- und Präventionsangebot zuzuführen, welche den größten Nutzen daraus ziehen. Programme, welche auf Selbstselektion beruhen, erreichen nämlich stärker jene Menschen, welche ohnehin ein gewisses Gesundheitsbewusstsein aufweisen.

Die wissenschaftliche Forschung hat weiters einen sozialen Gradienten bei der Verteilung von Gesundheit und Krankheit nachgewiesen. Sozialer Gradient bedeutet, dass ein Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit (Mielck 2001) besteht; und zwar dergestalt, dass Menschen, welche sozial schlechter gestellt sind, auch kränker sind bzw. früher sterben (Babitsch et al, 2006). In der folgenden Abbildung ist zur Verdeutlichung ein umfassendes Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit dargestellt:

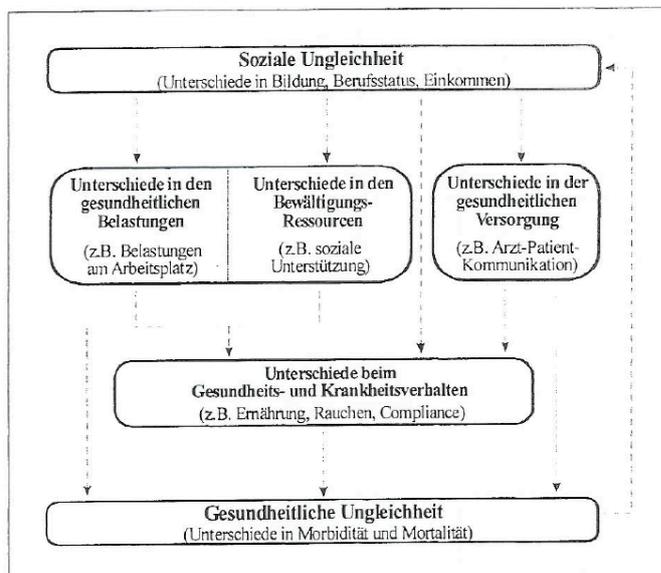


Abb. 23: Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit
Quelle: Mielck, Helmert (2006), S. 619

Der Hausarzt kann durch gezieltes Lenken der Patienten korrigierend eingreifen und Chancen zur Verringerung Gesundheitlicher Ungleichheit eröffnen.

Weiters soll der Hausarzt individueller Berater des Teilnehmers – speziell auch bei der mittel- und langfristigen Sicherung des Erfolges sein. Auf diese Weise verbleiben im Rahmen der Gesundheitsbildungsfunktion des Hausarztes jene Patienten, welche mit individueller Gesundheitsberatung (allein) erreichbar sind, in der alleinigen Betreuung des Hausarztes. Jene, für die ein Gruppenangebot zielführender erscheinen, können weiter verwiesen werden. Ärzte können für eine solche, veränderte Rollenwahrnehmung dann gewonnen werden, wenn diese Gesundheitsberatungstätigkeit auch finanziell anerkannt wird. Denkbar erscheint es, einen Teil der Honorarsumme für Gespräch und Beratung in Verbindung mit konkreten Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention mit einer Zweckwidmung zu versehen. Die Patientenlenkung soll nicht durch finanzielle Anreize, Zwang oder dergleichen realisiert werden, sondern durch den Nutzen selber, den diese Beratung und Betreuung durch die Arztpraxis hat. Der Eintritt in eine solche Betreuungsschiene soll leicht möglich sein. Auch – nach einer gewissen Zeit – der Austritt sowie der Übertritt zu einem anderen Arzt. Aus Sicht der Kunden würde die Einschränkung der freien Arztwahl nämlich erhebliche Einbuße bedeuten und ein solcher Schritt erscheint weder angemessen noch notwendig, denn schon jetzt sind viele Klienten beim Hausarzt sehr treu.

b) Die OÖ GKK als Festlegerin der Angebotsstruktur

Die oberösterreichische Gebietskrankenkasse mit ihrem Know How als Entwicklerin von Gesundheitsförderungs- und Präventionsangeboten, stellt die gruppenbezogenen Interventionsangebote inhaltlich zusammen und finanziert diese (je nach Angebot und Zielgruppe mit oder ohne finanzielle Eigenanteile der Patienten). Dabei sollte auch ein spezieller Fokus auf den psychischen und psychosozialen Bereich gelegt werden. In Form der ambulanten Raucherentwöhnung und anderen Beispielen besteht ein solches Angebot teilweise bereits jetzt. Die Rekrutierung beruht jedoch weitgehend auf Selbstselektion der Teilnehmer.

Dadurch, dass die Gebietskrankenkasse das Angebot definiert, kann auch ein Beitrag zur Auflösung der strukturellen Paradoxie geleistet werden, die der Prävention immanent ist. Wer etwas (noch) nicht Bestehendes verhindern will, operiert in einer „paradoxen Zuvorkommenheit“ (Fuchs, 2007), die es erforderlich macht, Vorannahmen und Selektionsentscheidungen zu treffen über Art und Ausmaß

der Risiken oder Situationen, bei denen eingegriffen werden soll. (Franzkowiak, 2008).

c) Die Kundenservice-Stellen der OÖGKK als organisierende Stelle

Die Kundenservice-Stellen der Gebietskrankenkasse bilden organisierende und koordinierende Einheiten in den Bezirken. Dazu gehört einerseits das Organisieren und auch in den eigenen Räumen Anbieten von Interventionsangeboten an Gruppen. Andererseits umfasst diese Koordinierung das Anstoßen und die mittel- und langfristige Ergebnissicherung in Bezug auf verhältnisgestaltende Maßnahmen in den Regionen. Konkret drückt sich das zum Beispiel in einer Teilnahme bei Bezirkskoordinationstreffen der Gesunden Gemeinden aus oder auch im Bearbeiten von verhältnisorientierten Maßnahmen im Rahmen des Projektes Nahtstellenmanagement (www.oogeesundheitsfonds.at/index.php/nsm) auf der Bezirksebene.

d) Das oö Nahtstellenmanagement als Verhältnisgestaltende Ebene

Als intermediäre Struktur für notwendige interorganisationale Abstimmungen auf der Bezirks- und der Landesebene kann das Nahtstellenmanagement OÖ weiterentwickelt werden. Im Projekt Nahtstellenmanagement OÖ arbeiten viele Institutionen des Gesundheits- und Sozialwesens (Alten- und Pflegeheime, Anbieter sozialer Dienste, Ärztekammer für OÖ, Krankenhäuser, Rettungs- und Krankentransporteur u.a.m.) seit 2007 gemeinsam an der Verbesserung der Übergänge zwischen den Versorgungsbereichen. Das Projekt wurde über Initiative der OÖ Gebietskrankenkasse von Land Oberösterreich und OÖ Sozialversicherung im Rahmen der Landes-Gesundheitsplattform ins Leben gerufen. Derzeit befindet sich das Projekt Nahtstellenmanagement in der Phase IV - Stabilisierung (Phase I – Bestandsaufnahme; Phase II – Konzeption und Pilotierung; Phase III – Implementierung) (Nahtstellenmanagement in OÖ). Eine inhaltliche Aufwertung zu Fragen der verhältnisorientierten Gesundheitsförderung erscheint nach der Stabilisierungsphase im Rahmen einer Phase V „think upstream“ lohnend. Anhand der folgenden Grafik soll ein kurzer Einblick in die Struktur und Arbeitsweise von Nahtstellenmanagement OÖ gegeben werden:

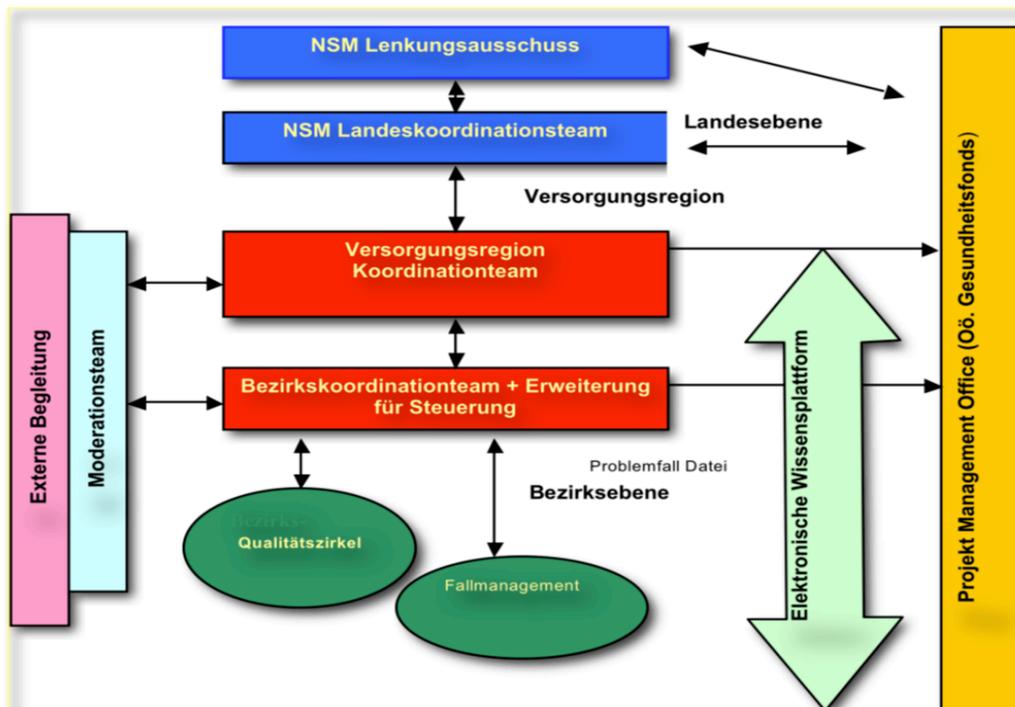


Abb. 24: Nahtstellenmanagement in OÖ

Quelle: www.oogesundheitsfonds.at/index.php/nsm

Aus Sicht der Gesundheitswissenschaften ist es wichtig, die für das gewünschte Ergebnis optimale Intervention zu wählen – welche häufig auch in einer Kombination von verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen besteht. Zu vermeiden gilt es aus einer Public Health-Sicht jedenfalls, dass Risikobewältigung bei schlechten Rahmenbedingungen gesellschaftlich auf das Individuum abgewälzt wird. An einem einfachen Beispiel aus dem Bereich Schule soll dies verdeutlicht werden. Wenn es um die richtige Haltung in der Schule geht, sind mehrere Wege offen. Einmal geht es um die Auswahl der Schulmöbel und darum, ob diese altersgerecht und der Verschiedenheit der körperlichen Entwicklung der jungen Menschen angemessen sind. Es ist aber ebenso wichtig, auch in der Gestaltung des Unterrichts körperlich abwechselnde Elemente einzubauen. Schließlich kommt es auch darauf an, schon Kindern und Jugendlichen zu vermitteln, wie man richtig sitzt. Völlig falsch wäre es aber, schlechte Schulmöbel und/oder körperlich monotone Unterrichtskonzepte durch die Sitzhaltung des Einzelnen korrigieren zu wollen – gerade im Bereich von Volksschulkindern, welche die Aussagen der Lehrpersonen sehr Ernst nehmen,

besteht die Gefahr, damit Unsicherheit und Ängste auszulösen.

Unabdingbare Voraussetzung für die Umsetzung dieses Modells ist Professionalität und Fachkompetenz, welche in der OÖGKK in Hinblick auf die Entwicklung von Angeboten der Gesundheitsförderung vorliegt. Auch sind die Verantwortlichen in den Kundenservice-Stellen der OÖGKK in Organisation und Netzwerkmanagement ausgebildet. Die Fachkompetenz der Hausärzte in Bezug auf Medizin und „erlebte Anamnese“ (Kruse 1995) liegt ebenfalls vor. In Bezug auf die Rekrutierung von Zielgruppen und vor allem die Begleitung nach der Intervention im Sinne von langfristiger Erfolgssicherung, sollte die Teilnahme von Hausärzten an einem solchen Modell von der Erfüllung von Qualifikationsanforderungen (also z.B. dem Absolvieren bestimmter Fortbildungen) abhängig gemacht werden. Dies ist im Gesamtvertragssystem ein durchaus üblicher Vorgang – viele Verrechnungspositionen verlangen spezielle Qualifikationsnachweise, man denke etwa an das Beispiel Akupunktur. Weiterbildungsangebote zum Erwerb der Qualifikationsnachweise könnten in Zusammenarbeit mit Bildungseinrichtungen realistischerweise entwickelt werden und sollten neben Grundlagen der Gesundheitswissenschaften auch die Praxis der hausärztlichen Gesundheitsbegleitung des Menschen umfassen. Dazu würde z.B. gehören, nach welchen Kriterien die Auswahl von Zielgruppen und Teilnehmern aus dem Patientenkollektiv zu erfolgen hat und wie die längerfristige Erfolgssicherung konkret mit dem Patienten erarbeitet wird. Mit dem Modell von Troschke's, über das sich Hausarzt und Teilnehmer bereits vor der Teilnahme verständigen sollten, liegt ein Gestaltungsrahmen vor, der für den vorliegenden Zusammenhang konkretisiert werden kann. Inwieweit für Gespräche zur längerfristigen Erfolgssicherung die Gesundenuntersuchung herangezogen werden soll oder andere Wege der Finanzierung gefunden werden sollen, sei dahingestellt.

Schulungs- und Weiterbildungsbedarf in gesundheitswissenschaftlichen Inhalten bestünde für eine erfolgreiche Umsetzung auch bei den Mitarbeitern der Kundenservice-Stellen der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse für die Verhältnis gestaltenden Interventionen und Koordinierungen.

Zusammenfassend lautet die Handlungsempfehlung aufgrund der vorliegenden Arbeit daher, die Hausarztpraxis für Selektion und Zuweisung von Patienten zu

gesundheitsförderlichen Interventionen zu nutzen, die Planung und Durchführung der Intervention selber aber gesundheitswissenschaftlich ausgebildeten Fachkräften zu übertragen. Durch (gemeinsame) Fortbildung und regelmäßige Koordinationstreffen soll eine Struktur geschaffen werden, welche unterstützt, dass jede Disziplin in die Denk- und Vorstellungswelt der anderen eindringt und sich so die beiden Pole Krankheits- und Gesundheitsorientierung auf dem Kontinuum aufeinander zu bewegen und auf diese Weise gemeinsam besser die Bevölkerungsgesundheit vermehren als dies jede Disziplin für sich alleine vermocht hätte.

Stützpunkte und organisatorische Koordinierungsstelle für die Verwirklichung dieser Kooperationsstruktur und die Administration von Angeboten (Anmeldesystem, Veranstaltungskoordination) könnten die Kundenservice-Stellen der OÖ Gebietskrankenkasse sein. Die inhaltliche Konzeption (inklusive Evaluierung) und letztlich Abbildung im Honorierungssystem ist dann am Erfolg versprechendsten, wenn sie in interdisziplinärer (Ärzte, Gesundheitswissenschaftler, Gesamtvertragsexperten usw.) und inter-organisatorischer (Ärztammer und Gebietskrankenkasse) Kooperation erfolgt.

Eine inhaltliche und finanzielle Beteiligung des Landes Oberösterreich, das für den öffentlichen Gesundheitsdienst zuständig ist, an den beschriebenen Maßnahmen sollte in Erwägung gezogen werden. Nicht zuletzt wäre eine solche Beteiligung auch ein (teilweiser) Ersatz für weiter oben beschriebene diverse „ärztliche Gesundheitsbescheinigungen“ (Aufnahme in Kinderbetreuungseinrichtung, Bestätigung der Laus- und Nissenfreiheit usw.).

„Gesellschaftliche Entwicklung ist das Resultat des ständigen Wechselspiels von Eigendynamik und Steuerungsversuchen.“ (Mayntz 1997). Der in dieser Arbeit dargestellte Weg, wie das Public Health Prinzip „think upstream“ (Ashton, Seymour 1988) konkret im Versorgungssystem verwirklicht werden kann, stellt einen solchen Steuerungsversuch dar, indem der Hausarzt der Zukunft tatsächlich kein Einzelkämpfer mehr ist, sondern ein Teamplayer (Gerlach 2011) – allerdings gilt es nicht mit medizinischen Fachkräften „more of the same“ – nämlich ein Mehr an pathogenetisch orientierter Versorgung anzustreben, sondern es sollte die

Salutogenese an die Seite der Pathogenese treten und dafür ausgebildete Fachleute – Gesundheitswissenschaftler – mit den Hausärzten zusammen arbeiten.

Der dargestellte Weg zeigt auch eine Möglichkeit auf, wie auf das gesteigerte Bedürfnis der Menschen nach gesundheitsbezogener Beratung und Unterstützung auch innerhalb des Systems der Sachleistungsversorgung im Rahmen der sozialen Krankenversicherung reagiert werden kann. Eine Entwicklung, bei der dieses Bedürfnis zunehmend von privat zu finanzierenden Anbietern befriedigt wird, verschärft nämlich sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen und kann weder im Interesse von Hausärzten noch der sozialen Krankenversicherung liegen. Vielmehr geht es darum, auf die veränderten Bedarfe der Menschen innerhalb des Systems zu reagieren, bevor diese Menschen sich ihre Angebote außerhalb suchen – etwa bei Wahlärzten, in der Alternativmedizin oder bei diversen selbsternannten kommerziellen „Gesundheitsanbietern“.

Inwieweit es sich bei diesem Weg um inkrementelle Veränderungen handelt oder aber der Beginn einer Neuorientierung des Gesundheitswesens markiert wird, lässt sich im Vorhinein kaum beantworten. Die Vorgänge zu beobachten und den Raum des Möglichen abzustecken erscheint jedoch lohnenswert, denn es gilt auch hier, was Renate Mayntz für die Gesellschaft als Ganzes diagnostizierte: „Diese Beispiele illustrieren noch einmal sowohl die Kontingenz komplexer sozialer Prozesse, die unter etwas veränderten Bedingungen durchaus anders hätten verlaufen können, wie auch, dass ihr tatsächlicher Verlauf sich wenigstens zum Teil nicht durch Zufälle (wie eine aktive Persönlichkeit in einer Schlüsselposition), sondern durch generalisierungsfähige soziale Mechanismen erklären lässt: Diese Mechanismen lassen sich zu komplexen Theorien ... zusammenfügen, die uns sowohl erlauben, historische Vorgänge nachträglich kausal zu interpretieren und so zu verstehen, wie auch, den Raum des künftig Möglichen abzustecken: nicht zu sagen, was geschehen wird, aber doch, was unter diesen und jenen Umständen geschehen könnte. Mehr, denke ich, kann und sollte man von den Sozialwissenschaften nicht verlangen, und es sollte genügen, menschliches Handeln zu instruieren.“ (Mayntz 1997, S. 339).

Ob die wesentlichen Akteure auch tatsächlich bereit sind, eine solche Neuorientierung ernsthaft zu beginnen, lässt sich an den folgenden zwei Indikatoren

gut sichtbar machen: erstens an der Bereitschaft von Hausärzten, die erforderlichen Qualifikationen auch tatsächlich zu erwerben und zweitens an der Bereitschaft der Systempartner, für Angebote zu Gesundheitsförderung und Prävention auch tatsächlich eine Finanzierung aufzustellen. Wenn beides gelingt, könnte in gemeinsamer Anstrengung eine Innovation mit langfristig positiven Auswirkungen auf die Bevölkerungsgesundheit geschaffen werden.

„Die Transformation von Gesundheitsvorstellungen stellt somit einen Indikator für die Evaluation von Gesundheitsförderung und den Erfolg von Gesundheitswissenschaften insgesamt dar“ (Flick 1998a). In diesem Sinne wäre es wünschenswert, die Befragung von Hausärzten in Oberösterreich in z.B. zehn Jahren zu wiederholen um zu sehen, ob bzw. welche Transformation stattgefunden hat.

Abkürzungen

Abb.	Abbildung
Anm.	Anmerkung
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
GU	Gesundenuntersuchung
OECD	Organisation for Economic Co-Operation and Development
OÖ	Oberösterreich
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
S.	Seite
u.a.m.	und andere mehr
u.a.	unter anderem
usw.	und so weiter
u.v.m.	und vieles mehr
WHO	World Health Organisation
z.B.	zum Beispiel
zit. n.	zitiert nach

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1 Expenditure on organised public health and prevention programmes, 2007

Abb. 2: Wechselbeziehung zwischen System- und Handlungsebene

Abb. 3: Basisdesigns in der qualitativen Forschung

Abb. 4: Das Gefüge von System und Handeln – sozialer Struktur und Handeln

Abb. 5: Public Health Charta der Österreichischen Sozialversicherung

Abb. 6: Das salutogenetische Modell

Abb. 7: Gesellschaftliches Wissen über Gesundheit und Krankheit

Abb. 8: Inhalte der Gesundheitskonzepte von Laien

Abb. 9: Subjektive Gesundheitskonzepte: Inhaltliche Dimensionen im Überblick

Abb. 10: Das Verhältnis von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention

Abb. 11: Gesundheitspotentiale (Beispiele)

Abb. 12: Grundstruktur des Verhältnisses von Kostenträgern, Leistungserbringern
und Versicherten im Gesundheitssystem

Abb. 13: Horizontale und vertikale Kompetenz

Abb. 14: Gesundheitsinterventionen

(in Prävention, Kuration, Pflege und Rehabilitation)

Abb. 15: Strategie der OÖGKK in Form der Strategy-Map

Abb. 16: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell

Abb. 17: Ablauf der qualitativen Inhaltsanalyse

Abb. 18: Subjektive positive und negative Gesundheitsvorstellungen
von Ärzten/Pflegekräften

Abb. 19: Altersverteilung der Vertragsärzte der OÖ GKK

Abb. 20: Kooperationen der Hausarztpraxis

Abb. 21: Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Darstellung einer Waage

Abb. 22: Randbedingungen von Kommunikation

Abb. 23: Modell zur Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit

Abb. 24: Nahtstellenmanagement in OÖ

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht benützt und die den benützten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Ich erkläre, dass keine früheren Promotionsversuche unternommen wurden.

Hofkirchen, Dezember 2011

Karin Rumpelsberger

Literaturverzeichnis

- Abholz, H.-H. (2006): Hausärztliche Prävention. In: Kirch, W.; Badura, B. (Hg.): Prävention. Ausgewählte Beiträge des Nationalen Präventionskongresses Dresden 1./2. Dez. 2005. Heidelberg: Springer, S. 55–70.
- Altgeld, T.; Kolip, P. (2004): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Huber, S. 41–51.
- Amelung, V. E. (2007): Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement. 4. Aufl. Wiesbaden: Gabler.
- Anderson, R. (1984): Gesundheitsförderung. Ein Überblick: WHO (Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehung, 6).
- Antonovsky, A. (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Ashton, J.; Seymour, H. (1988): The New Public Health. The Liverpool Experience. Milton Keynes: Open University Press.
- ASVG Kodex des österr. Rechts (41. Auflage): Sozialversicherung - Band I - Allgemeines Sozialversicherungsrecht, vom 1.9.2010.
- Babitsch, B.; Ducki, A.; Maschewsky-Schneider, U. (2006): Geschlecht und Gesundheit. In: Hurrelmann, K.; Laaser U.; Razum, O.: Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4. vollst. überarb. Aufl., Juventa, Weinheim und München, S. 511-528.
- Badura, B. (1992a): Gesundheitsförderung und Prävention aus soziologischer Sicht. In: Paulus, P. (Hg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. Köln: GwG-Verlag, S. 43–52.
- Badura, B. (1992b): Mathematische und soziologische Theorie der Kommunikation. In: Burkart, R.; Hömberg, W. (Hg.): Kommunikationstheorien. Ein Textbuch zur Einführung. Studienbücher zur Publizistik- und Kommunikationswissenschaft. 1. Aufl. Wien: Braumüller, S. 16–22.
- Badura, B.; Kirch, W.; Wolters, P. (1999): Bedarfsgerechte Versorgung und Qualitätsverbesserung. In: Deutsche Gesellschaft für Public Health (Hg.): Public-Health-Forschung in Deutschland, Hans Huber, Bern, S. 253 – 254
- Badura, B.; Iseringhausen, O. (2005): Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation. In: Badura, B.; Iseringhausen, O. (Hg.): Wege aus der Krise der Versorgungsorganisation. Beiträge aus der Versorgungsforschung. Bern: Huber, S. 9–14.
- Badura, B.; Walter, U.; Hehlmann, T. (2010): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. 2. Aufl. Heidelberg: Springer.
- Badura, B. (1971): Sprachbarrieren. Zur Soziologie der Kommunikation. Stuttgart-Bad Cannstatt: Frommann-Holzboog (Problemata, 1).
- Bahrs, O.; Dieckhoff, D.; Göpel, E.; Jobst, E.; Sturm, M. (2006): Wege zu einer patientenzentrierten Humanmedizin. In: Sturm, E.; Bahrs, O.; Dieckhoff, D.; Göpel, E.; Sturm, M. (Hg.): Hausärztliche Patientenversorgung. Konzepte Methoden Fertigkeiten ; 106 Tabellen. Stuttgart [u.a.]: Thieme, S. 2–25.

Becker, H. (1984): Die Bedeutung der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten für die Arzt-Patienten-Beziehung. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, Jg. 34, S. 313–321.

Becker, P. (1982): Psychologie der seelischen Gesundheit. Theorien, Modelle, Diagnostik. Göttingen [u.a.]: Hogrefe (1).

Becker, P. (1992): Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung. In: Paulus, P. (Hg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. Köln: GwG-Verlag

Belz-Merk, M. (1995): Gesundheit ist alles und alles ist Gesundheit – Die Selbstkonzeptforschung zur Beschreibung und Erklärung von Gesundheitskognitionen und Gesundheitsverhalten. Frankfurt a. Main: Lang.

Bencic, W.; Kastner, K. (2010): Public Health als Option für die österreichische Sozialversicherung. Herausgegeben von Josef Weidenholzer. Institut für Gesellschafts- und Soziapolitik, J. Kepler-Universität Linz in Zusammenarbeit mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse. Linz. (Gesundheitswissenschaften Dokumente). Online verfügbar unter https://www.oegkk.at/mediaDB/761107_Dokument_28.pdf, zuletzt geprüft am 11.8.2011.

Bengel, J.; Strittmatter, R.; Willmann, H. (1998): Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: BZgA (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 6).

Bischoff, C.; Zenz, H. (Hg.) (1989): Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. Bern [u.a.]: Huber.

Böcken, J.; Butzlaff, M.; Esche, A. (2000): Reformen im Gesundheitswesen - Ergebnisse der internationalen Recherche. Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh. Online verfügbar unter www.bertelsmannstiftung.de/.../xcms_bst_dms_15707_15708_2.pdf, zuletzt aktualisiert am 10.8.2011

Bogner, A., Menz, W. (2002): Das theoriegenerierende Experteninterview – Erkenntnisinteresse, Wissensform, Interaktion. In: Bogner, A.; Littig, B.; Menz, W. (Hg.): Das Experteninterview – Theorie, Methode, Anwendung. Opladen: Leske & Budrich, S. 33-70

Bozorgmehr, K.; Schubert, K.; Razum, O. (2010): "Primary Health Care" von Alma Ata bis Almaty. In: Prävention und Gesundheitsförderung, Jg. 5, H. 1, S. 18–22.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hg.) (2003): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung. 4. erw. u. überarb. Schwabenheim a.d. Selz: Sabo (Blickpunkt Gesundheit, 6).

Burkart, R. (2002): Kommunikationswissenschaft. Grundlagen und Problemfelder ; Umriss einer interdisziplinären Sozialwissenschaft. 4., überarb. und aktualisierte Aufl. Wien [u.a.]: Böhlau (UTB, 2259).

Calderón, C.; Balagué, L.; Cortada, J.M., Sánchez, Á. (2011): Health promotion in primary care: How should we intervene? A qualitative study involving both physicians and patients. BMC Health Services Research, 11:62. Online verfügbar unter <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/62>, zuletzt geprüft am 27.10.2011

Caplan, G.; Grunebaum, H. (1967): Perspectives on primary prevention, A review. Archives in Genetic Psychiatry 17, S. 331-346.

Dahrendorf, R. (2006): Homo Sociologicus. Ein Versuch zur Geschichte, Bedeutung und Kritik der Kategorie der sozialen Rolle. 16. Aufl. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften.

Deeke, A. (1995): Experteninterviews – ein methodologisches und forschungspraktisches Problem. In: Brinkmann, C.; Deeke, A.; Völkel, B. (Hg.): Experteninterviews in der Arbeitsmarktforschung. Diskussionsbeiträge zu methodischen Fragen und praktischen Erfahrungen. Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 191. Nürnberg: Bundesanstalt für Arbeit, S. 7-22

Deutsche Gesellschaft für Public Health (Hg.): Public-Health-Forschung in Deutschland, Hans Huber, Bern.

Diekmann, A. (2010): Empirische Sozialforschung. Grundlagen Methoden Anwendungen. Orig.-Ausg., vollst. überarb. und erw. Neuausg., 4. Aufl., [21. Aufl. der Gesamtausg.]. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl. (rororo, 55678).

Dietscher, C.; Krajic, K.; Pelikan, J. M. (2008): Gesundheitsfördernde Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen. Konzept und Praxis in Österreich. Herausgegeben von Familie und Jugend Sektion Bundesministerium für Gesundheit, IV. Wien. Online verfügbar unter <http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0772&doc=CMS1226995609034>, zuletzt geprüft am 8.2.2010.

Faller, H. (1989): Das Krankheitsbild von Herz-Kreislauf-Kranken - ein Gruppen- und Methodenvergleich. In: Bischoff, C.; Zenz, H. (Hg.): Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. Bern [u.a.]: Huber, S. 86–102.

Faltermaier, T. (1991): Subjektive Theorie von Gesundheit: Stand der Forschung und Bedeutung für die Praxis. In: Flick, U. (Hg.): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Heidelberg: Asanger, S. 45–58.

Faltermaier, T. (1994): Gesundheitsbewusstsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag. Weinheim: Beltz.

Faltermaier, T. (1998): Subjektive Konzepte und Theorien von Gesundheit. Begründung, Stand und Praxisrelevanz eines gesundheitswissenschaftlichen Forschungsfeldes. In: Flick, U. (Hg.): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim, München: Juventa (Gesundheitsforschung), S. 70–86.

Faltermaier, T. (2002): Gesundheitsvorstellungen und Laienkompetenz. Die Bedeutung des Subjekts für die Gesundheitspraxis. In: psychomed, H. 14, S. 149–155.

Faltermaier, T. (2005): Gesundheitspsychologie. Stuttgart: Kohlhammer.

Faltermaier, T.; Kühnlein, I.; Burda-Viering, M. (1999): Gesundheitsvorstellungen und Gesundheitskompetenz von Laien: Ergebnisse einer salutogenetischen Untersuchung. In: Walter, U. (Hg.): Public-Health-Forschung in Deutschland. Stand und Perspektiven der Public-Health-Forschung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung Prävention und Gesundheitsförderung Versorgungsforschung und Qualitätsmanagement Gesundheitssystemforschung und Gesundheitsökonomie. Bern [u.a.]: Huber, S. 155–160.

Fischer, T. (2009): Die ärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich aus dem Blickwinkel der Patienten. Schlaglichter aus einem vernachlässigten Gebiet der Gesundheitspolitik. Herausgegeben von Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger. Online verfügbar unter [www.hauptverband.at/mediaDB/530735_Fischer Nutzerbefragung-Artikel.pdf](http://www.hauptverband.at/mediaDB/530735_Fischer_Nutzerbefragung-Artikel.pdf).

Flick, U. (Hg.) (1991): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Heidelberg: Asanger.

Flick, U. (1998a): Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. In: Flick, U. (Hg.): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim, München: Juventa (Gesundheitsforschung), S. 7–30.

Flick, U.; Kardorff, E.v.; Steinke, I. (Hg.) (2007): Qualitative Forschung – Ein Handbuch. 5. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Flick, U. (2010): Qualitative Sozialforschung. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Flick, U. (1996): Qualitative Forschung. Theorie Methoden Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Orig.-Ausg., 2. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt (Rowohlts Enzyklopädie, 546).

Flick, U. (Hg.) (1998b): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim, München: Juventa (Gesundheitsforschung).

Flick, Uwe; Walter, U.; Fischer, C.; Neuber, A.; Schwartz, F. W. (2004): Gesundheit als Leitidee? Subjektive Gesundheitsvorstellungen von Ärzten und Pflegekräften. 1. Aufl. Bern [u.a.]: Huber (Programmbereich Gesundheit).

Franzkowiak, P. (2008): Prävention im Gesundheitswesen. Systematik, Ziele, Handlungsfelder und die Position der Sozialen Arbeit. In: Hensen, G; Hensen, P. (Hg.): Gesundheitswesen und Sozialstaat. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 195-222.

Freidson, E. (1979): Der Ärztestand. Berufs- und wissenschaftssoziologische Durchleuchtung einer Profession. dt. Übers. v. Nuffer, H.; Hrsg: Rohde, J. v.; Schoene, W. Stuttgart: Enke.

Fricke, U. (2000): Arzneimittelinnovationen – Neue Wirkstoffe: 1978 – 1999. Eine Bestandsaufnahme. In: Klauber, J.; Schröder, H.; Selke, G. W. (Hg.): Innovation im Arzneimittelmarkt. Berlin: Springer, S. 85–97.

Fuchs, P. (2008): Prävention – Zur Methodologie und Realität einer paradoxen Zuvorkommenheit. In: Saake, I.; Vogd, W. (Hg.): Moderne Mythen der Medizin. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 363-378.

Geiser, M. (1990): Seriöse Medizin oder Gesundheitsmarkt? In: Schweizerische Ärztezeitung, Jg. Band 71, Ausgabe Heft 11, 1990, S. 438–446.

Gerlach, F. (2011): Der Hausarzt der Zukunft ist Teamplayer. In: Gesundheit und Gesellschaft, Jg. 14, H. 4, S. 26–29.

Giddens, A. (1984): The Constitution of Society. Cambridge: Polity Press.

Gläser, J.; Laudel, G. (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 3. Aufl. Wiesbaden: VS, Verl. für Sozialwiss.

Global Health Watch 2 (2008), An alternative world health report. Online verfügbar unter www.who.int/pmnch/topics/health_systems/globalhealthwatch2/en/index.html; zuletzt geprüft am 27.10.2011

Hagleitner, J. (2005): Nutzenpotential von Krankenversicherungsdaten am Beispiel der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse. Herausgegeben von J. Weidenholzer. Institut für Gesellschafts- und Soziapolitik, J. Kepler-Universität Linz in Zusammenarbeit mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse. Linz. Online verfügbar unter www.oegkk.at/.../MMDB111380_5.%20HAGLEITNER.pdf, zuletzt geprüft am 11.8.2011.

Haisch, J. (2004): Prävention und Gesundheitsförderung in der Allgemeinmedizin. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Huber, S. 193–202.

Haisch, J. (Hg.) (2006): Medizinische Prävention und Gesundheitsförderung. 1. Aufl. Bern: Huber.

Heinzelmann, W. (1998): Ärztliche Gesundheitsförderung und Primärprävention im Reformzeitalter. Lage: Jacobs.

Hensen, G; Hensen, P. (Hg.) (2008): Gesundheitswesen und Sozialstaat. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Herzlich, C. (1973): Health and Illness: A social psychological analysis. London: Academic Press.

Hofmarcher, M.; Rack, H. (2006): Gesundheitssysteme im Wandel. Österreich. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.

Hopf, C. (1978): Die Pseudo-Exploration. Überlegungen zur Technik qualitativer Interviews in der Sozialforschung. Zeitschrift für Soziologie, 7, S. 97 – 115.

Hurrelmann, K. (1991): Sozialisation und Gesundheit. 2. Aufl. Weinheim, München: Juventa.

Hurrelmann, K.; Laaser, U. (1998) (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Juventa Verlag, Weinheim, München.

Hurrelmann, K.; Leppin, A. (2001): Moderne Gesundheitskommunikation. Bern: Huber

Hurrelmann, K. (2006a): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 6. völlig überarb. Aufl. Weinheim: Juventa.

Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hg.) (2004): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Huber.

Hurrelmann, K.; Laaser, U. (2006b): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U.; Razum, O. (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4. vollst. überarb. Aufl. Weinheim, München: Juventa, S. 749–780.

Hurrelmann, K.; Laaser, U.; Razum, O. (Hg.) (2006): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4. vollst. überarb. Aufl. Weinheim, München: Juventa.

Jakubowski, E. (2003): Public Health in Europa. In: Schwartz, F. W.; Badura, B.; Busse, R.; Leidl, R.; Raspe, H.; Siegrist, J.; Walter, U. (Hg.): Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen ; Gesundheit fördern - Krankheit verhindern. 2., völlig neu bearb. und erw. Aufl. München [u.a.]: Urban & Fischer, S. 11–15.

- Jenkins, R. (1994): Principles of prevention. In: Payke, E.S.; Jenkins, R. (Hg.): Prevention in Psychiatry. London, Gaskell, S. 11-24.
- Kaplan, R. S.; Norton, D. P. (1996): The balanced scorecard: translating strategy into action. Boston, Mass.: Havard Business School Press.
- Kickbusch, I. (2003): Gesundheitsförderung. In: Schwartz, F. W.; Badura, B.; Busse, R.; Leidl, R.; Raspe, H.; Siegrist, J.; Walter, U. (Hg.): Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen ; Gesundheit fördern - Krankheit verhindern. 2., völlig neu bearb. und erw. Aufl. München [u.a.]: Urban & Fischer, S. 181–189.
- Kiesl, F. (2006): Zielvereinbarung anstelle vorheriger Bewilligung von Arzneimitteln. Darstellung des oberösterreichischen Modells. In: Soziale Sicherheit, S. 81–91.
- Kiolbassa, K.; Miksch, A.; Hermann, K.; Loh, A.; Szecsenyi, J.; Joss, S.; Goetz, K. (2011): Becoming a general practitioner – Which factors have most impact on career choice of medical students? BMC Family Practice, 12:25. online verfügbar unter <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/12/25>, zuletzt geprüft am 27.10.2011
- Koch, S. (2011): Einführung in das Management von Geschäftsprozessen. Six Sigma, Kaizen und QM. Heidelberg: Springer.
- Krajic, K.; Plunger, P.; Reichenpfader, U.; Pelikan, J. M. (2001): Status quo of Patient-/User oriented health promotion in general practice and community pharmacy in Europe. Online verfügbar unter www.univie.ac.at/phc/e/tx_10301_91.
- Kruse, W. (1995): Allgemeinmedizin. Entwicklung und Grundlagen. In: Kruse, W.; Schettler, G. (Hg.): Allgemeinmedizin. Lehrbuch mit Repetitorium. Berlin, New York: De Gruyter, S. 5–8.
- Laaser U.; Hurrelmann, K. (1998): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U. (Hg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Juventa Verlag, Weinheim, München, S. 395-424.
- Land Oberösterreich (2006): Maßnahmen bei Befall mit Kopfläusen. Merkblatt Nr. 9 Eine Information des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Online verfügbar unter www.land-oberoesterreich.gv.at/cps/rde/xbcr/SID-616EB1BB-B9D48324/ooe/San_Kopflaeuse_Merkblatt.pdf, zuletzt geprüft am 31.10.2011.
- Leppin, A. (2001): Informationen über persönliche Gefährdungen als Strategie der Gesundheitskommunikation: Verständigung mit Risiken und Nebenwirkungen. In: Hurrelmann, K.; Leppin, A.: Moderne Gesundheitskommunikation. Bern: Huber. S. 107-127.
- Lettke, F. et al (1999): Krankheit und Gesellschaft. Zur Bedeutung von Krankheitsbildern und Gesundheitsvorstellungen für die Prävention. Konstanz: UVK.
- Luhmann, N. (1993): Der medizinische Code. In: Luhmann, N. (Hg.): Soziologische Aufklärung 5. 2. Aufl. Opladen: Westdeutscher Verlag, S. 183–195.
- Marhold, F.; Melzer-Azodanloo, N. (2010): ASVG Allgemeines Sozialversicherungsgesetz. In: Doralt, W. (Hg.): Kodex des österreichischen Rechts. Sozialversicherung. Wien: Linde (I), S. 9–446.
- Mayer, H. (2002): Interview und schriftliche Befragung. München, Wien: Oldenbourg.
- Maynard, A. (2005): European health policy challenges. In: Health Economics, Jg. Special Issue: Analysing the Impact of Health System Changes in the EU Member States, H. vol. 14, S. 255–263.

Mayntz, R. (1997): Soziale Dynamik und politische Steuerung. Theoretische und methodologische Überlegungen. Frankfurt, New York: Campus.

Mayrhofer, R. (2010): Die Zukunft Hausarzt (TM). In: Österreichische Ärztezeitung, 15.8.2010, S. 12–13.

Mayring, P. (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11. akt. u. überarb. Weinheim [u.a.]: Beltz.

Mazumdar, P. (2008): Der Gesundheitsimperativ. In: Hensen, G.; Hensen, P. (Hg.): Gesundheitswesen und Sozialstaat. Gesundheitsförderung zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Wiesbaden: VS, Verlag für Sozialwissenschaften, S. S. 349-360.

Meuser, M.; Nagel, U. (1991): Experteninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: Garz, D. et al (Hg.): Qualitativ-empirische Sozialforschung. Konzepte Methoden Analysen. Opladen: Westdt. Verl., S. 441–468.

Mielck, A.; Helmert, U. (2006): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In: Hurrelmann, K.; Laaser U.; Razum, O. (2006): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4. vollst. überarb. Aufl., Juventa, Weinheim und München. S. 603-624.

Mielck, A. (Hg.) (2001): Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim [u.a.]: Juventa-Verl. (Gesundheitsforschung).

Nagel, E.; Fuchs, C. (1993): Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Ökonomische, ethische, rechtliche Fragen am Beispiel der Transplantationsmedizin. Berlin: Springer.

Nahtstellenmanagement in OÖ: Das Projekt Nahtstellenmanagement in Oberösterreich. Online verfügbar unter <http://www.oogesundheitsfonds.at/index.php/nsm>, zuletzt geprüft am 31.10.2011.

Naidoo, J.; Wills, J. (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung. Herausgegeben von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung G. Conrad.

OECD (2009): Health at a Glance 2009. Online verfügbar unter http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2009_health_glance-2009-en;jsessionid=1jikjofeeu9l7.epsilon, zuletzt geprüft am 27.10.2011

OECD (2011): Health Data 2011. Online verfügbar unter http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT, zuletzt geprüft am 30.10.2011.

Österreichische Gesellschaft für Public Health (2011): Was ist Public Health? Online verfügbar unter <http://www.oeph.at/public-health-in-oesterreich/public-health-faq>, zuletzt aktualisiert am 11.8.2011.

Österreichisches Wörterbuch (2007), 40. neu bearb. Aufl., Herausgegeben im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung, Wissenschaft und Kultur. Öbvht VerlagsgmbH & Co.KG, Wien

OÖGKK, Presseaussendung (2011): In die Gesundheit investieren. Online verfügbar unter: http://int.oogkk.at/opencms/opencms/arbeit/infoservice/infoservice2011/infoservice_0020.html, zuletzt geprüft am 27.10.2011.

- Parsons, T. (1951): Struktur und Funktion der modernen Medizin. (übersetzt von Rüschemeyer, D.). In: König, R.; Tönnemann, M. (1965): Probleme der Medizin-Soziologie, Sonderheft 3 der Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie; 3. Auflage, Westdt. Verlag, Köln und Opladen, S. 10–57.
- Pelikan, J.; Halbmayr, E. (1999): Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen zur Strategie des Gesundheitsfördernden Krankenhauses. In: Pelikan, J.; Wolff, S. (Hg.): Das gesundheitsförderliche Krankenhaus. Weinheim, München: Juventa, S. 13–36.
- Rasky, E.; Noack, R. (2002): New Public Health in Österreich. Hat es ein Innovationspotenzial? In: Flick, Uwe (Hg.): Innovation durch New Public Health. Göttingen [u.a.]: Hogrefe, Verl. für Psychologie (Schriftenreihe Organisation und Medizin), S. 272–294.
- Raspe, H.; Ritter, N. (1982): Lagentheorien, paramedizinische Behandlung und subjektive Medikamentencompliance bei Patienten mit einer chronischen Polyarthrit. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (88, 1200-1204).
- Rosenbrock, R. (1998): Gesundheitspolitik. Einführung und Überblick. P98-203. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. Online verfügbar unter bibliothek.wzb.eu/pdf/1998/p98-203.pdf.
- Rosenbrock, R.; Gerlinger, T. (2004): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. Bern: Huber.
- Rosenbrock, R.; Gerlinger, T. (2006): Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber (Lehrbuch Gesundheitswissenschaften).
- Saake, I.; Vogd, W. (Hg.) (2008): Moderne Mythen der Medizin. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Saltman, R.; Rico, A.; Boerma, W. (2006): Primary Care in the Driver's Seat? Organizational Reform in European Primary Care. European Observatory on Health Systems. Online verfügbar unter www.euro.who.int/...data/assets/pfd_file/.../E87932.pfd; zuletzt geprüft am 27.10.2011.
- Sametinger, S.: Ärztekammer für OÖ und OÖ GKK setzen auf gemeinsame Ziele. In: OÖ Ärzte, Ausgabe Mai 2011, S. 12–13.
- Scheele, B.; Groeben, N. (1988): Dialog-Konsens-Methoden zur Rekonstruktion Subjektiver Theorien. Tübingen: Franke.
- Schimank, U. (2000): Handeln und Strukturen. Einführung in die akteurtheoretische Soziologie. Weinheim, München: Juventa.
- Schulenburg, J.-M.; Schöffski, O. (1993): Kosten-Nutzen-Analysen im Gesundheitswesen. In: Nagel, E.; Fuchs, C. (Hg.): Soziale Gerechtigkeit im Gesundheitswesen. Ökonomische, ethischen, rechtliche Fragen am Beispiel der Transplantationsmedizin. Berlin: Springer, S. 168-182
- Schulze, C.; Welters, L. (1998): Geschlechts- und altersspezifisches Gesundheitsverständnis. In: Flick, Uwe (Hg.): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Weinheim, München: Juventa (Gesundheitsforschung), S. 88–104.

Schwartz, F. W.; Klein-Lange, M. (2003): Berufsfelder in der Krankenversorgung. In: Schwartz, F. W.; Badura, B.; Busse, R.; Leidl, R.; Raspe, H.; Siegrist, J.; Walter, U. (Hg.): Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen ; Gesundheit fördern - Krankheit verhindern. 2., völlig neu bearb. und erw. Aufl. München [u.a.]: Urban & Fischer, S. 271–277.

Siegrist, J.; Möller-Leimkühler, A. M. (2003): Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit. In: Schwartz, F. W.; Badura, B.; Busse, R.; Leidl, R.; Raspe, H.; Siegrist, J.; Walter, U. (Hg.): Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen ; Gesundheit fördern - Krankheit verhindern. 2., völlig neu bearb. und erw. Aufl. München [u.a.]: Urban & Fischer, S. 125–138.

Siegrist, J. (1995): Medizinische Soziologie. 5., neu bearb. Aufl. München [u.a.]: Urban & Schwarzenberg.

Simon, M. (2006): Ambulante ärztliche Versorgung. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U.; Razum, O. (Hg.) (2006): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 4. vollst. überarb. Aufl. Weinheim, München: Juventa, S. 881-900.

Sprenger, M. (2009): Allgemeinmedizin: Neuanfang oder Ende? In: Das österreichische Gesundheitswesen - ÖKZ, Jg. 50, H. 5, S. 31–35.

Statistik Austria (1999): Mikrozensus September. Häufigkeit der Besuche der Bevölkerung beim Arzt für Allgemeinmedizin. Online verfügbar unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/ambulante_versorgung/index.html, zuletzt geprüft am 28.7.2011.

Statistik Austria (2002): Gesundheitszustand und Konsum medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Mikrozensus September 1999.

Statistik Austria (2006): Ambulante Versorgung. Allgemeinmedizinerin oder Allgemeinmediziner. Online verfügbar unter http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/ambulante_versorgung/index.html, zuletzt geprüft am 28.7.2011.

Steinke, M.; Badura, B. (2011): Präsentismus: Das kann teuer werden. In: Die BKK, H. 4, S. 247–251.

Troschke, J. v. (2006): Gesundheitsberatung in der ärztlichen Praxis. In: Haisch, J. (Hg.): Medizinische Prävention und Gesundheitsförderung. 1. Aufl. Bern: Huber, S. 201–206.

Universität Marburg, Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie homepage: Intensivpflege - Das Gesundheitskonzept. Online verfügbar unter <http://www.marburger-intensiv3.de/websites/intensiv/gesundheitskonzept.html>, zuletzt geprüft am 31.10.2011.

Verres, R. (1986): Krebs und Angst. Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen. Berlin: Springer.

Verres, R. (1989): Zur Kontextabhängigkeit subjektiver Krankheitstheorien. In: Bischoff, C.; Zenz, H. (Hg.): Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. Bern [u.a.]: Huber, S. 18–24.

Vogd, W. (2006): Medizinsystem und Gesundheitswissenschaften - Rekonstruktion einer schwierigen Beziehung. Erschienen in: Soziale Systeme, 11 (2), S. 236-270.

Online verfügbar unter userpage.fu-berlin.de/~vogd/Medizinsystem.pdf, zuletzt geprüft am 24.5.2011.

Waller, H. (2006): Gesundheitswissenschaft. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis. 4. überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.

Walter, U.; Schwartz, F. W.; unter Mitarb. v. Robra B-P.; Schmidt, T. (2003): Prävention. In: Schwartz, F. W.; Badura, B.; Busse, R.; Leidl, R.; Raspe, H.; Siegrist, J.; Walter, U. (Hg.): Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen ; Gesundheit fördern - Krankheit verhindern. 2., völlig neu bearb. und erw. Aufl. München [u.a.]: Urban & Fischer, S. 189–214.

Weber, J.: Balanced Scorecard. Online verfügbar unter <http://wirtschaftslexikon.gabler.de/archiv/1856/balanced-scorecard-v7.html>, zuletzt geprüft am 10.10.2011.

Weitkunat, R.; Haisch, J.; Kessler, M. (Hg.) (1997): Public Health und Gesundheitspsychologie. Bern: Huber.

Wesenauer, A. (2008): Von der Balanced Scorecard zum Erfolgsplan. Erfolgreiche Strategien systemisch entwickeln und umsetzen. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

WHO (2008): Primary Health Care - Now More Than Ever. Herausgegeben von World Health Organization. Online verfügbar unter www.who.int/whr/2008/whr03_en.pdf, zuletzt geprüft am 27.10.2011

WHO/Europa (1986): Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. Online verfügbar unter http://www.who.it/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=German, zuletzt geprüft am 15.2.2010.

WHO (1978): Declaration of Alma-Ata, International Conference on Primary Health Care. Online verfügbar unter www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf, zuletzt geprüft am 27.10.2011

Ziglio, E.; Krech, R. (1996): Brückenschlag zwischen Politik und Forschung in der Gesundheitsförderung. In: Lobnig, H.; Pelikan, J. M. (Hg.): Gesundheitsförderung in Settings: Gemeinde, Betrieb, Schule und Krankenhaus. Wien: Facultas Universitätsverlag, S. 13–25.

**Ärztchammer
für Oberösterreich**

**Oberösterreichische
Gebietskrankenkasse**

Bitte unterstützen Sie die umseitige Dissertation mit Ihrem Wissen

Sehr geehrte Frau Doktorin, sehr geehrter Herr Doktor,

die Ärztekammer für Oberösterreich und die OÖ Gebietskrankenkasse befürworten die Dissertation von Frau Mag. Karin Rumpelsberger, die sich mit einem wichtigen Zukunftsthema beschäftigt (nähere Informationen siehe Rückseite).

Bitte unterstützen auch Sie diese Forschungsarbeit, indem Sie für ein Interview mit der Doktorandin zur Verfügung stehen. Frau Mag. Rumpelsberger ist auch Abteilungsleiterin in der OÖ GKK. Die vollständige Anonymität Ihrer Angaben im Interview ist gewährleistet.

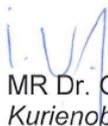
Die Ergebnisse dieser Arbeit in Form der Dissertation sind auch für uns von Interesse für die Weiterentwicklung des oberösterreichischen Gesundheitssystems.

Freundliche Grüße

OÖ Gebietskrankenkasse


HonProf. Dr. Dr. Hans Popper
Leitender Angestellter

Ärztchammer für OÖ


MR Dr. Oskar Schwening
Kurienobmann
niedergelassene Ärzte


Dr. Peter Niedermoser
Präsident

Mag. Karin Rumpelsberger BHC, B.A.

Krottental 1

4492 Hofkirchen

19. Juli 2010

**Bitte um Ihre Zeit für ein Experten-Interview:
Die Rolle von Gesundheitsförderung und Prävention
in der Hausarztpraxis auf dem Land**

Sehr geehrte Frau Doktorin, sehr geehrter Herr Doktor,

ich arbeite an meiner Dissertation zur Rolle von Gesundheitsförderung und Prävention in der Hausarztpraxis auf dem Land in Oberösterreich. Dazu absolviere ich den Promotionsstudiengang an der Universität in Bielefeld, Deutschland. Der bekannte deutsche Gesundheitswissenschaftler und Buchautor, Prof. Bernhard Badura, betreut meine Dissertation.

Kern meiner Forschungsarbeit sind Experten-Interviews mit Hausärzten auf dem Land in OÖ. Ich bitte Sie daher, mir Ihre Expertise im Rahmen eines cirka einstündigen Interviews zur Verfügung zu stellen und so meine Forschungsarbeit ganz wesentlich zu unterstützen.

Selbstverständlich würde ich zu diesem Interview zu Ihnen kommen und ich sichere Ihnen vollkommene Anonymität ihrer Angaben zu.

Ich werde mir erlauben, Sie in den nächsten Tagen wegen eines Gesprächstermines zu kontaktieren.

Vielen Dank im voraus, wenn Sie mir Ihre Zeit und vor allem Ihr wertvolles Wissen weitergeben.

Freundliche Grüße


Mag. Karin Rumpelsberger

Leitfaden für Experteninterview Arzt

Vielen Dank, dass Sie mir einen Interview-Termin gegeben haben. Ich beschäftige mich im Rahmen meiner Dissertation mit der Rolle von Gesundheitsförderung und Prävention in Hausarztpraxen auf dem Land. Ziel meiner Untersuchung ist es, die aktuelle Situation zu erforschen und Hinweise zu erhalten, ob überhaupt oder in welcher Weise man Gesundheitsförderung und Prävention in der hausärztlichen Praxis ausbauen sollte.

Ich werde Ihnen nun anhand eines Leitfadens Fragen stellen betreffend ihre hausärztliche Tätigkeit, die Möglichkeiten von Gesundheitsförderung und Prävention und wie sie die Aus- und Weiterbildung in diesem Zusammenhang einschätzen. Nachdem es um ihre tägliche Arbeit und Erfahrung geht, gibt es keine richtigen oder falschen Antworten sondern jede Auskunft, die sie mir geben, ist sehr wertvoll für meine Forschungsarbeit.

Sie sagten bei der Terminvereinbarung, dass Sie mit der Aufzeichnung unseres Gesprächs auf Tonband einverstanden sind und ich versichere Ihnen, dass ihre Angaben vollständig anonym weiterverarbeitet werden. Ist es Ihnen recht, wenn wir nun beginnen und ich das Tonband einschalte?

1. Wie würden Sie die Tätigkeit - die Aufgabe - eines Hausarztes ganz allgemein beschreiben?
2. Was sind die häufigsten Anliegen, mit denen die Menschen in die Hausarztpraxis kommen und wie kann den Leuten dann geholfen werden?
3. Gibt es Faktoren, die hinderlich sind, die sie bei Ihrer Tätigkeit einschränken? Welche sind das?
4. Und was gibt es an Unterstützung, Hilfestellung? Was erleichtert die Arbeit als Hausarzt? (Wo bezieht der Hausarzt Anleitung für seine Tätigkeit?)
5. Geben Sie den Patienten auch Verhaltensempfehlungen betreffend ihre Krankheit? In welchen Fällen und bei welchen Gelegenheiten machen Sie das?
6. Wenn Sie an die Aufgaben eines Hausarztes denken, welche unterschiedlichen Tätigkeiten fallen hier für den Arzt an. Beginnen Sie bitte damit, was der Arzt am häufigsten macht.
7. Was fällt Ihnen darüber hinaus noch ein – vielleicht Tätigkeiten, die nicht jeden Tag anfallen, aber doch regelmäßig wiederkehren?

Anhang II Seite 2

8. Arbeiten Sie mit Ihren Patienten allein oder gibt es auch Zusammenarbeitsformen mit Anderen?

9. Bieten Sie auch Leistungen an, die sich nicht an einzelne, individuelle Patienten richten, sondern an mehrere Patienten oder Patientengruppen?

10. Arbeiten Sie für dieses überindividuelle Leistungsangebot mit anderen Personen oder Institutionen zusammen?

Überleitung: Wenden wir uns nun dem Feld Gesundheitsförderung und Prävention zu.

11. Geben Sie den Menschen auch Empfehlungen betreffend die Gesundheit? In welchen Fällen, bei welchen Gelegenheiten machen Sie das?

12. Was ist das überhaupt für Sie – Gesundheit? Was verbinden Sie mit dem Begriff Gesundheit?

13. Wodurch wurden ihre Vorstellungen von Gesundheit besonders beeinflusst?

14. Welche Leistungen in Richtung Gesundheitsförderung und Prävention können Sie im Rahmen ihrer hausärztlichen Tätigkeit anbieten?

15. Was fällt Ihnen darüber hinaus noch ein an Gesundheitsförderung und Prävention – vielleicht Dinge, die nicht so häufig anfallen, aber doch regelmäßig wiederkehren?

16. Arbeiten Sie bei der gesundheitsfördernden und präventiven Tätigkeit mit individuellen Personen allein oder gibt es auch Zusammenarbeitsformen mit Anderen?

17. Bieten Sie auch Leistungen der Gesundheitsförderung und Prävention an, die sich nicht an einzelne, individuelle Personen richten, sondern an mehrere oder Gruppen?

18. Arbeiten Sie für dieses überindividuelle Leistungsangebot mit Anderen zusammen?

Anhang II Seite 3

19. Sehen Sie einen Unterschied zwischen Gesundheitsförderung und Prävention? – was ist in ihren Augen Gesundheitsförderung, was Prävention oder ist das das Gleiche?

Überleitung: Ich möchte nun auf die Bedingungen von Gesundheit und Krankheit zu sprechen kommen.

20. Was erhält Menschen ihrer Meinung nach gesund? Welche Faktoren sind günstig für die Gesundheit? Denken Sie dabei bitte sehr breit an alle möglichen Faktoren, die Ihnen einfallen.

21. Welche Rolle spielt bei diesen Faktoren, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken, der Hausarzt? Was kann der Hausarzt in diesem Zusammenhang bewirken?

22. Und welche Faktoren sind es, die Menschen krank machen?

23. Welche Rolle spielt bei den Faktoren, die Menschen krank machen, der Hausarzt?

Überleitung: Nun würde mich ihre Meinung interessieren, wie Hausärzte in der Ausbildung auf ihre Tätigkeit vorbereitet werden:

24. Wenn Sie an Ihre Ausbildung zum Arzt an Universität und Krankenhaus zurückdenken, welche Inhalte würden Sie sagen haben für die Arbeit in der Hausarztpraxis viel gebracht?

25. Hat in der Ausbildung auch etwas gefehlt, das man für eine Tätigkeit als Hausarzt darüber hinaus benötigen würde?

26. Und wie ist es mit Weiterbildungsmöglichkeiten für Hausärzte, die bereits in der Praxis tätig sind – wie ist ihr Eindruck dazu?

27. Und wenn wir nun ein letztes Mal bewusst auf Gesundheitsförderung und Prävention blicken – wie beurteilen sie die Ausbildung und das Weiterbildungsangebot dazu?

Überleitung: Wir nähern uns schon dem Ende unseres Gespräches und ich möchte Sie noch fragen:

28. Wenn Sie an das gesamte Spektrum der hausärztlichen Tätigkeit denken, also an alles was sie tagtäglich tun: Was erscheint Ihnen dabei – alles in allem - besonders positiv oder befriedigend?

29. Und empfinden Sie auch etwas als besonders negativ bei der hausärztlichen Tätigkeit? – was ist das?

30. Denken Sie, dass die Patientinnen und Patienten über das derzeitige Leistungsspektrum hinaus noch Erwartungen an die Hausarztpraxis haben. Was würden sich Patienten wünschen, wenn man sie fragen würde?

31. Und Sie als Hausarzt – sind Sie der Meinung, dass man zusätzliche Angebote zur Verfügung stellen sollte? Welche wären dies – was hätte aus Ihrer Sicht Priorität?

32. Geht Ihnen zum Abschluss unseres Interviews noch etwas durch den Kopf, das in meine Forschungsarbeit einfließen sollte? Kam etwas Wichtiges in unserem Gespräch bislang noch nicht vor?

33. Ziel meiner Forschungsarbeit ist es herauszufinden, ob es sinnvoll ist, mehr gesundheitsfördernde Angebote in die Hausarztpraxis zu bringen. Möchten Sie mir dazu noch etwas mit auf den Weg geben?

Überleitung: Ganz zum Schluss möchte ich noch einige wenige statistische Daten erheben:

34. Wie viele Patienten betreuen Sie im Rahmen ihrer Praxis pro Quartal?

35. An wie vielen Wochentagen sind Sie in der Praxis und für wie viele Stunden pro Woche?

Vielen Dank für das Gespräch und ihre wertvollen Informationen!

Telefonleitfaden für die Terminvereinbarung

a) Ordinationspersonal:

Ich würde gerne Dr. xy sprechen – es geht um meine Anfrage für ein Interview zu GF und Prävention. Haben Sie das diesbezügliche Schreiben von mir und Ärztekammer sowie OÖGKK erhalten?

Durchstellen, Danke!

b) Arzt:

Mein Name ist K.R. und ich rufe an in Zusammenhang mit meiner Interview-Anfrage zur Rolle von Gesundheitsförderung und Prävention in der Hausarztpraxis. Ein diesbezügliches Schreiben von mir und Ärztekammer sowie GKK müssten Sie kürzlich erhalten haben.

Es geht bei meiner Forschungsarbeit darum, die Sichtweise von Ärzten in der täglichen Praxis einzuarbeiten und ich ersuche Sie, mir für ein zirka einstündiges Interview zur Verfügung zu stehen – selbstverständlich verwende ich ihre Angabe völlig anonym.

Antwort Arzt Ja: vielen Dank dafür – ich werde mir dann mit Ihrem Vorzimmer einen Termin vereinbaren; ist es ihnen recht, wenn wir das in der Ordination bei Ihnen machen?

Ich möchte sie noch um ihr Einverständnis bitten, dass ich unser Gespräch auf Tonband aufzeichne, damit keine wertvollen Informationen verloren gehen. Bereits bei der Abschrift des Tonbandes wird aber alles anonymisiert und ich gebe das Material an niemanden weiter. Ist das für Sie ok?

Danke und noch einen schönen Tag – würden Sie mich bitte wieder an ihr Vorzimmer zurückgeben wegen der Terminvereinbarung?.

Antwort Arzt skeptisch: Sie würden damit einen wertvollen Beitrag zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens in Oberösterreich leisten, schließlich ist die Sichtweise derer, die täglich mit Patienten arbeiten, sehr wichtig. Ich würde für das Interview auch selbstverständlich zu ihnen kommen z.B. in die Ordination.

- Arzt sagt zu:
Vielen Dank – weiter wie oben bei „Ja“.

- Arzt bleibt skeptisch:
Diese eine Stunde wäre wirklich gut investiert, denn nur wenn die Meinung der Ärzte in der Praxis bekannt ist, kann sie auch berücksichtigt werden.
Sie würden auch mir sehr helfen, damit ich meine Dissertation verwirklichen kann.

- Bei Zusage: Vielen Dank – weiter wie oben bei „Nein“.

- Bei Ablehnung: Schade, es wäre sicherlich ein interessantes Gespräch geworden – ich wünsche Ihnen noch einen schönen Tag und bedanke mich für das Telefonat.

Telefonleitfaden: Gesprächs-Dokumentation:

Gesprächspartner		
Datum		
Interviewzusage*)	Ja	Nein
Datum		
Zeit/Ort		
Tonband erwähnt	Ja	Nein

*) Anmerkung zum Ja: Bereitwillig / Zögernd / Nach Überredung

*) Begründung zum Nein:

Ordinationszeiten:

Tel.Nr.:

Anreisezeit (viamichelin): von Hofkirchen:
von Linz:

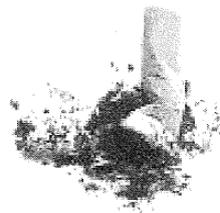
Anhang IV



Tipps zur RAUCHERENTWÖHNUNG:

Tipps unmittelbar nach dem Aufhören:

- Verbringen Sie so viel Zeit wie möglich an Orten, an denen das Rauchen verboten ist, wie Büchereien, Museen, Theater, Kirchen, etc.
- Versuchen Sie Alkohol, Kaffee und andere Getränke zu vermeiden, die mit dem Rauchen assoziiert werden.
- Beginnen Sie ein Gespräch statt eine Zigarette zu rauchen.
- Wenn Sie das Gefühl vermissen eine Zigarette in den Fingern zu haben, spielen Sie mit irgendetwas anderem; einem Bleistift, Kugelschreiber, etc.
- Wenn Sie vermissen etwas im Mund zu haben, versuchen Sie Zahnstocher oder Ähnliches.
- Trinken Sie große Mengen an Wasser oder Fruchtsäften (aber vermeiden Sie womöglich Getränke, in denen sich Koffein befindet).
- Kaufen Sie sich Blumen; Sie werden überrascht sein, wie sehr Sie ihren Duft genießen.
- Schaffen Sie sich eine reine, frische, rauchfreie Umgebung am Arbeitsplatz und zu Hause.



Versuchungen vermeiden:

- Anstatt eine Zigarette nach dem Essen zu rauchen, stehen Sie vom Tisch auf und bürsten Ihre Zähne oder gehen Sie spazieren.
- Wenn Sie immer beim Autofahren geraucht haben, dann hören Sie ganz besonders spannende Radiosendungen oder eines Ihrer Lieblingsmusikstücke oder fahren Sie mit öffentlichen Verkehrsmitteln, wo immer es möglich ist.
- In den ersten 1 bis 3 Wochen vermeiden Sie Situationen, die Sie ganz besonders mit den genussvollen Seiten des Rauchens in Kontakt bringen, wie das Anschauen eines Ihrer Lieblingssendungen im Fernsehen, das Sitzen in Ihrem Lieblingssessel oder das Einnehmen eines Cocktails vor dem Essen.
- Versuchen Sie die Werbeartikel mit Zigarettenaufschrift zu verstehen, wie Sie dadurch verführt werden, spezielle Marken zu kaufen.
- Bis zu dem Zeitpunkt, wo Sie sich sicher sind, keine Zigarette mehr zu rauchen, beschränken Sie Ihre sozialen Kontakte auf gesunde Aktivitäten außer Haus oder Situationen, wo das Rauchen nicht erlaubt ist.

**Viel Erfolg wünscht Ihnen Ihr Hausarzt
Dr.**

Infozept

INF-RAU.doc/ A4/ DVR0950769

