

Praktische Sozialar(zt)beit

Die Ordination des Gemeindefarztes/der Gemeindefärztin als neues Tätigkeits- feld für SozialarbeiterInnen

Gertrude Griebler

Diplomarbeit
eingereicht zur Erlangung des Grades
Magistra(FH) für sozialwissenschaftliche Berufe
an der Fachhochschule St. Pölten
im Juni 2009

Erstbegutachter:
Prof. DSA Kurt Fellöcker MA

Zweitbegutachterin:
DSA Mag^a. Maria Lesnik

Kurzfassung

Praktische Sozialar(zt)beit

Die Ordination des Gemeindefarztes/der Gemeindeärztin als neues Tätigkeitsfeld für SozialarbeiterInnen

Diplomarbeit, eingereicht an der Fachhochschule St. Pölten im Mai 2009

Menschen haben grundsätzlich gemeinsam, dass Gesundheit einen sehr hohen Stellenwert hat. HausärztInnen genießen meist besonderes Vertrauen und sind oft auch für ihre PatientInnen Ansprechpersonen bei nicht medizinischen Problemlagen. Im österreichischen Gesundheitssystem ist keine direkte Zusammenarbeit zwischen AllgemeinmedizinerInnen und SozialarbeiterInnen vorzufinden, obwohl bei den PatientInnen von AllgemeinmedizinerInnen oft sozialarbeiterische Interventionen nötig wären.

Diese Arbeit befasst sich mit der Frage, welcher Bedarf bzw. welches Interesse an Unterstützung durch SozialarbeiterInnen von Seiten der PatientInnen in der Ordination des praktischen Arztes/der praktischen Ärztin vorzufinden ist bzw. wie diese sozialarbeiterische Unterstützung strukturiert sein soll.

Die Daten wurden anhand einer teilnehmenden Beobachtung, durch das Abhalten einer Gruppendiskussion mit PatientInnen und weiters anhand von ExpertInneninterviews mit AllgemeinmedizinerInnen erhoben, anschließend transkribiert, codiert, kontrastiert und interpretiert. Es wurden folgende Ergebnisse deutlich:

Bei 43 % der PatientInnen besteht Bedarf an sozialarbeiterischer Unterstützung. Die hauptsächlich sozialarbeiterisch relevanten Problemlagen waren Einsamkeit bzw. Vereinsamung, familienbedingte Probleme und Probleme im Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch. Den ÄrztInnen fehlen aber vor allem die zeitlichen Ressourcen, um sich um nicht medizinische Probleme der PatientInnen zu kümmern. Von Seiten der ÄrztInnen besteht der Wunsch nach multiprofessioneller Zusammenarbeit, um den PatientInnen eine bedarfsorientierte Hilfe zukommen zu lassen und um von dieser zeitaufwändigen Arbeit entlastet zu werden. Daher wäre es sinnvoll, wenn eine SozialarbeiterIn in der Ordination anwesend wäre.

Die hauptsächlich Aufgaben für SozialarbeiterInnen bei Praktischen ÄrztInnen wären Beratung, Begleitung, Krisenintervention und Vermittlung.

Detailergebnisse könnten als Basis für weiterführende Forschungsarbeit in diesem Bereich herangezogen werden. Es ist wünschenswert, dass diese Arbeit in die Entscheidungskriterien der Politik zur Verbesserung der Lage von PatientInnen aber auch der von Praktischen ÄrztInnen Eingang findet.

Abstract

Praktische Sozialar(zt)beit

The general practitioner's surgery - a new field of activity for social workers

Master thesis, submitted at the University of Applied Science St. Pölten in June 2009

Generally speaking, people give very high priority to their health. In many cases, patients have full confidence in their general practitioners. General practitioners are also often contact persons for their patients in non-medical problem situations. In the Austrian health system there is no direct cooperation between general practitioners and social workers although social work interventions would often be necessary for the patients. This thesis paper deals with the question to which extent demand and interest in social work support is existing among the patients in a general practitioners' surgery and also how such a social work support should be designed.

The data for this thesis paper have been collected by means of

- participatory observation
- group discussion with patients
- expert interviews with general practitioners.

The following results became evident:

43% of the patients were in need of social work support. Main problems mentioned were loneliness and social isolation, family-induced problems and problems in connection with alcohol abuse. General practitioners are not provided with the temporal resources to attend to their patients non-medical problems. On the part of the doctors there exists a clear demand for multi-professional cooperation on the one hand to ensure that their patients are provided with demand-oriented support and on the other hand to be disburdened from this time-consuming work.

The main tasks for a possible cooperation between social workers and general practitioners in surgeries would be counselling, consultancy, crisis intervention and mediation/placement.

Detailed results could be drawn on as a basis for secondary research in this area. It would be desirable that this thesis paper finds its way into policy decision criteria to improve both - the situation of patients and of the general practitioners.

Inhalt

1. Einleitung und Problemstellung	1
1.1 Ziel der Arbeit	2
1.2 Struktur bzw. Gliederung	3
2. Begriffsdefinition und grundsätzliche Betrachtung	4
2.1 Gesundheit und Krankheit	4
2.2 Relevante Ergebnisse der Gesundheitsbefragung 2006/2007 (durchgeführt von März bis Februar 2007)	5
2.3 Modelle von Gesundheit bzw. Krankheit	7
2.3.1 Das biomedizinische Modell von Gesundheit und Krankheit	7
2.3.2 Das Risikofaktorenmodell	8
2.3.3 Das Lebensweisen-Modell	9
2.3.4 Das Salutogenese-Modell	10
2.4 Definition Allgemeinmedizin	11
3. Stellung und Aufgaben von AllgemeinmedizinerInnen in Österreich	12
3.1 Entwicklungstendenzen in Österreich bzw. in anderen europäischen Ländern	14
3.2 Grundzüge des österreichischen Gesundheitswesens	16
3.3 Soziale Arbeit und Gesundheitswesen	17
4. Vergleichsregion Skandinavien am Beispiel von Schweden und Finnland	20
4.1 Sozialarbeit und Gesundheitswesen in Schweden	20
4.2 Sozialarbeit und Gesundheitswesen in Finnland	23
4.3 Zusammenfassung	25

5. Forschungsmethoden und Forschungsergebnisse	27
5.1 Feldforschung – teilnehmende, strukturierte Beobachtung	27
5.2 Gruppendiskussion	29
5.3 Leitfadengestützte ExperInneninterviews	30
5.4 Auswertungsverfahren „Grounded Theory“	30
5.4.1 Kodierverfahren	31
6. Teilnehmende Beobachtung	33
6.1 Soziodemografische Daten	34
6.2 Allgemeiner Ablauf im Beobachtungsfeld	37
6.3 Verhältnis sozialarbeiterischer und medizinischer Problemlagen	38
7. Gruppendiskussion	46
7.1 Allgemeiner Ablauf	47
7.2 Problemlagen	47
7.3 Vertrauensverhältnis und Schweigepflicht	48
7.4 Wartezeit – Behandlungszeit	49
8. ExpertInneninterviews	50
8.1 ÄrztInnen im Spannungsfeld von dem, was sie tun wollen und dem, was sie tun können	50
8.2 Das Entlohnungssystem der sozialen Krankenversicherungen	50
8.3 Einschätzungen der ÄrztInnen bezüglich ihrer PatientInnen	52
8.4 Wunsch nach Zusammenarbeit bzw. Vernetzung	54
9. Zusammenfassung und Ausblick	55
Literatur	60
Tabellenverzeichnis	65
Abkürzungsverzeichnis	66

Anhang A)	67
Anhang B)	68
Anhang C)	69
Eidesstattliche Erklärung	71

1. Einleitung und Problemstellung

So unterschiedlich die Problemlagen von Menschen sein können, so haben sie grundsätzlich etwas gemeinsam – nämlich den Gedanken, dass ein gelungenes, gutes Leben unweigerlich mit Gesundheit verknüpft ist. Praktische ÄrztInnen sind meist die ersten und manchmal auch die letzten Anlaufstellen für Menschen in sozialen Problemlagen (zum Beispiel von Opfern häuslicher Gewalt). Aber auch Menschen, die keine körperlichen Beschwerden haben, sehen im Hausarzt/in der Hausärztin eine wichtige Ansprechperson, wenn es um persönliche Problemlagen geht.

Die Autorin wird in der vorliegenden Arbeit von folgender Situation ausgehen:

- PatientInnen sehen im Hausarzt/in der Hausärztin neben dem/der medizinischen ExpertIn auch eine Ansprechperson bei sozialen Problemlagen.
- Körperliche Beschwerden werden bewusst oder unbewusst durch PatientInnen auch deshalb benannt, um mit dem/der HausärztIn in geschützter Umgebung über ihre sozialen Problemlagen reden zu können.
- HausärztInnen sind oft nicht in der Lage, sich um soziale Problemlagen der PatientInnen zu kümmern, da ihnen einerseits dafür die zeitlichen Ressourcen fehlen und den ÄrztInnen andererseits in erster Linie die Behandlung körperlicher Beschwerden obliegt.

Das Anforderungsprofil von AllgemeinmedizinerInnen laut der WONCA - World Organization of Family Doctors/Europe – Europäische Gesellschaft für Allgemeinmedizin (2002:7) sieht vor, dass mit einem personenbezogenen Ansatz, der auf das Individuum sowie dessen Familie ausgerichtet ist, gearbeitet werden soll, doch sind praktische ÄrztInnen manchmal unter anderem aufgrund ihrer zeitlich begrenzten Ressourcen nicht in der Lage, den PatientInnen eine bedarfsorientierte – nicht auf körperliche Beschwerden beruhende – Hilfe zukommen zu lassen bzw. nicht ausreichend geschult, wenn es um die Vermittlung zu dementsprechenden Hilfsorganisationen geht. Daraus ist zu schlussfolgern, dass von Seiten der PatientInnen Bedarf an Unterstützung durch SozialarbeiterInnen in der Ordination des/der HausärztIn besteht.

Aufgrund der Tatsache, dass in Österreich keine unmittelbare Unterstützung durch SozialarbeiterInnen in den Ordinationen der AllgemeinmedizinerInnen angeboten wird, gibt es dahingehend auch kein Datenmaterial. Es wird daher neben österreichischer Literatur auch Literatur aus anderen europäischen Ländern herangezogen bzw. auch die gesundheitspolitische Situation in den skandinavischen Ländern Schweden und Finnland in Augenschein genommen.

Die Diplomarbeit wird im Sinne von Gender-Mainstreaming und geschlechtssensibler Formulierungen grundsätzlich die Variante mit dem großen „I“ verwendet. Abgewichen wird von dieser Schreibweise allerdings, wenn dies stilistisch erforderlich ist. In diesem Fall wird alterierend einmal die weibliche und dann wieder die männliche Form verwendet.

1.1 Ziel der Arbeit

Diese Diplomarbeit beschäftigt sich mit der Frage, welcher Bedarf bzw. welches Interesse an Unterstützung durch SozialarbeiterInnen von Seiten der PatientInnen in der Ordination des praktischen Arztes/der praktischen Ärztin vorzufinden ist bzw. wie diese sozialarbeiterische Betreuung bzw. Unterstützung strukturiert sein soll.

Es wird anhand einer Feldstudie (teilnehmende Beobachtung) festgestellt, wie die Anwesenheit eines/einer SozialarbeiterIn in der Ordination des Hausarztes/der Hausärztin von den PatientInnen angenommen wird und des weiteren wird auch erhoben, welche Beschwerden die PatientInnen formulieren und wie praktische ÄrztInnen mit der Situation umgehen, wenn PatientInnen, die nicht körperlich, sondern „sozial“ krank sind, die Hilfe des Hausarztes/der Hausärztin suchen..

Diese Arbeit soll konkrete Aufschlüsse darüber geben, ob die Anwesenheit einer SozialarbeiterIn als Ansprechperson an bestimmten Tagen in der Ordination des Arztes/der Ärztin sinnvoll ist bzw. inwieweit vom Unterstützungsangebot einer SozialarbeiterIn von PatientInnen Gebrauch gemacht wird bzw. wie diese Unterstützung angelegt sein müsste.

Die Forschungsfrage lautet:

Welche Art sozialarbeiterischer Unterstützung brauchen PatientInnen von Praktischen ÄrztInnen und wie müsste diese Unterstützung strukturiert sein?

1.2 Struktur bzw. Gliederung

Erster Schritt der Forschungsarbeit war eine Analyse der Problemstellung mittels Literaturstudium und die Klärung der Frage, mit welchen Methoden die bestmöglichen Ergebnisse erzielt werden können. Einleitend wird die Problemstellung, das Ziel der Arbeit und damit verbunden die Forschungsfrage dargestellt.

In Kapitel 2. erfolgt eine grundsätzliche Betrachtung bzw. eine Definition der für die Diplomarbeit wesentlichen Begriffe und es wird auf unterschiedliche Modelle von Gesundheit bzw. Krankheit eingegangen, wobei auch relevante Ergebnisse der Gesundheitsbefragung 2006/2007 angeführt werden. Eine Klärung der Frage, welche Stellung und Aufgaben AllgemeinmedizinerInnen in Österreich haben, welche Entwicklungstendenzen in Österreich und in anderen europäischen Ländern vorzufinden sind und wie Soziale Arbeit und Gesundheitswesen in Beziehung stehen, ist in Kapitel 3. vorzufinden. Als Vergleichsregion wurde Skandinavien am Beispiel von Schweden und Finnland gewählt und wird dies in Kapitel 4. dargestellt.

In Kapitel 5. sind die Forschungsmethoden und die Auswertungsmethode Grounded Theory erläutert. Daran anschließend kann man in Kapitel 6. die Forschungs- bzw. Auswertungsergebnisse der jeweils angewandten Methoden finden.

Zusammenfassende Schlussfolgerungen sind dem Kapitel 9. zu entnehmen.

2. Begriffsdefinition und grundsätzliche Betrachtung

Um sich der Thematik inhaltlich nähern zu können, ist es notwendig, auf die im weiteren Verlauf vorkommenden Begriffe einzugehen bzw. diese zu erläutern.

2.1 Gesundheit und Krankheit

Grundsätzlich werden die Begriffe Gesundheit bzw. Krankheit sehr individuell definiert, so kann von manchen Menschen unter Gesundheit allein das Freisein von körperlichen Beschwerden verstanden werden. Es werden aber auch Begriffe wie Wohlbefinden oder Glück bzw. die Fähigkeit, mit alltäglichen Belastungen umgehen zu können, mit dem Gesundheitsbegriff verbunden.

Nach Trojan/Hildebrandt (1989:97) stand lange Zeit das Konzept der Krankheitsverhütung im Vordergrund der Primärprävention. Dies wurde jedoch durch das Konzept der Gesundheitsförderung erweitert bzw. ergänzt. Der Begriff nimmt Bezug auf einen positiven Gesundheitsbegriff, was mehr bedeutet, als die Abwesenheit von Krankheit und umfasst dies auch das physische, psychische und soziale Wohlbefinden im Sinne der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Homfeld/Sting (2006:69) führen aus, dass sich die neuere Gesundheitsdiskussion nach dem Zweiten Weltkrieg ausbreitete. Am 07.04.1948 wurde die Weltgesundheitsorganisation (WHO) gegründet, die sich seit ihrem Beginn für ein soziales und psychologisch fundiertes Verständnis von Gesundheitsfragen einsetzt.

„Gesundheit ist der Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen. WHO 1949“ (Universität Augsburg 2007:o.S.)

Auch eine vom Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (2007:13) im Jahr 2006 initiierte und in der Zeit von März 2006 bis Februar 2007 durch die Statistik Austria durchgeführte Gesundheitsbefragung nimmt Bezug auf den von der WHO im Jahr 1949 definierten Gesundheitsbegriff, wonach Gesundheit als ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens verstanden wird. Gesundheit stellt für alle Menschen ein wichtiges persönliches Gut dar und bedeutet nicht nur die Abwesenheit von Krankheit. Sie wird von einer Vielzahl positiver Aspekte beeinflusst. Psychische Ausgeglichenheit, die Fähigkeit, sein Leben zu bewältigen oder aber auch das Pflegen von zufriedenstellenden sozialen Beziehungen zählen

zum Begriff „Gesundheit“. Die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes liefert einen guten Indikator für allgemeines Wohlbefinden einer Bevölkerung und es wurden zum Unterschied von klinisch erhobenen Befunden bei der vom Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend in der Zeit von März 2006 bis Februar 2007 durch die Statistik Austria durchgeführten Gesundheitsbefragung sowohl körperliche als auch psychische und soziale Aspekte von Gesundheit implizit miterfasst.

Auch Trojan/Hildebrandt (1989:97) gehen davon aus, dass soziale Integration sowie soziale Unterstützung, das Gefühl sozialer Zugehörigkeit, soziales Eingebundensein für das subjektive Wohlbefinden wesentlich sind und auch als Messparameter für erfolgreiche Gesundheitspolitik herangezogen werden.

2.2 Relevante Ergebnisse der Gesundheitsbefragung 2006/2007 (durchgeführt von März 2006 bis Februar 2007)

Nach dem Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (2007:13-14) gaben drei von vier ÖsterreicherInnen ab 15 Jahren (75,5 %) an, mit ihrem allgemeinen Gesundheitszustand zufrieden zu sein, indem sie die dementsprechenden Fragen mit „sehr gut“ bzw. „gut“ beantworteten. Umgekehrt beurteilten 6 % der Befragten ihre Gesundheit mit „schlecht“ bzw. „sehr schlecht“, 18,5 % entschieden sich für die Kategorie „mittelmäßig“. Frauen beurteilten ihren Gesundheitszustand im Vergleich zu Männern schlechter (73 % der Frauen und 78 % der Männer stufen sich als zumindest „gut“ ein). Insgesamt sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern nicht sehr hoch und betreffen alle Lebensalter, jedoch vergrößern sich diese geschlechtsspezifischen Unterschiede im höheren Erwachsenenalter deutlich, was damit zusammenhängen kann, dass die höhere Lebenserwartung der Frauen (2006: 82,7 Jahre) gegenüber den Männern (2006: 77,3 Jahre) im Alter bei den Frauen offensichtlich in größerem Ausmaß zu gesundheitlichen Problemen führt.

Geschlechtsspezifisch nimmt der Anteil der Personen mit „sehr guter/guter“ Gesundheit mit zunehmendem Alter ab. Der Rückgang wird bei Frauen ab dem 35. Lebensjahr und bei Männern ab dem 40. Lebensjahr deutlich.

Werden die Ergebnisse mit denen aus den Jahren 1991 bzw. 1999 verglichen, ist hinsichtlich des subjektiv empfundenen Gesundheitszustandes ein positiver Trend zu

erkennen, denn 1991 beurteilten 71 % der Bevölkerung und im Jahr 1999 bereits 74 % der Befragten ihre Gesundheit als „sehr gut“ bzw. „gut“. Es ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Zahl der Menschen im Alter von 75 und mehr Jahren in Österreich seit 1991 von ca. 520.000 auf 650.000 angestiegen ist und auch, dass bei den Gesundheitsbefragungen im Rahmen des Mikrozensus in den Jahren 1991 bzw. 1999 nur die Bevölkerung in Privathaushalten einbezogen wurde.

Detaillierte Ergebnisse der Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustandes gehen aus nachfolgend angeführter Tabelle heraus.

Wie beurteilen Sie im Allgemeinen Ihren Gesundheitszustand?						
Geschlecht	Insgesamt in 1.000	Subjektiver Gesundheitszustand				
		Sehr gut	Gut	Mittelmäßig	Schlecht	Sehr schlecht
in %						
2006/2007						
Insgesamt	6.991,90	37,5	38,1	18,5	5,0	1,0
Männer	3.367,60	39,4	38,4	16,8	4,5	1,0
Frauen	3.624,30	35,6	37,8	20,2	5,5	0,9
1999						
Insgesamt	6.592,00	34,3	39,2	20,4	4,9	1,2
Männer	3.157,70	36,4	39,0	19,0	4,5	1,1
Frauen	3.434,30	32,4	39,5	21,6	5,2	1,3
1991						
Insgesamt	5.244,50	32,1	39,1	22,3	5,3	1,2
Männer	2.480,10	36,4	38,2	19,4	4,8	1,1
Frauen	2.764,50	28,2	40,0	24,9	5,7	1,3

Q: STATISTIK AUSTRIA, Gesundheitsbefragung 2006/07, Mikrozensus-Sonderprogramme "Fragen zur Gesundheit" 1991 und 1999. Erstellt am: 21.08.2007.

Tabelle 1: Ergebnisse subjektiv empfundener Gesundheitszustand 2006/07, 1999, 1991
http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/subjektiver_gesundheitszustand/025417.html, am 06.08.2008

Die Erhebungen zur Lebenserwartung bzw. Lebenserwartung in guter bzw. schlechter Gesundheit seit 1991 ergaben folgende Ergebnisse:

Gesundheitslebenserwartung	Männer			Frauen		
	1991	1999	2006	1991	1999	2006
Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren	72,3	74,8	77,1	79,0	80,9	82,7
in guter Gesundheit	55,7	58,6	61,8	56,9	60,9	63,2
in schlechter Gesundheit	4,1	4,0	4,0	5,1	4,9	4,8
Anteil in guter Gesundheit in %	77,0	78,3	80,2	72,0	75,3	76,4
Fernere Lebenserwartung im Alter 65 in Jahren	14,4	15,6	17,2	18,0	19,3	20,6
in guter Gesundheit	6,0	7,8	8,8	6,0	8,7	9,0
in schlechter Gesundheit	2,6	2,5	2,5	3,7	3,2	3,3
Lebenserwartung insgesamt und Lebenserwartung in guter bzw. schlechter Gesundheit seit 1991 nach Geschlecht						
Anteil in guter Gesundheit in %	41,7	50,0	51,2	33,3	45,1	43,7

Q: STATISTIK AUSTRIA, Berechnungen auf Basis der Sterbetafeln 1991, 1999 und 2006 sowie der Fragen zur subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes im Rahmen der Mikrozensus-Sonderprogramme "Fragen zur Gesundheit" 1991 und 1999 und der Gesundheitsbefragung 2006/07.- Lebenserwartung in guter Gesundheit umfasst die Antwortkategorien "sehr gut" und "gut", Lebenserwartung in schlechter Gesundheit die Antwortkategorien "schlecht" und "sehr schlecht". Erstellt am: 21.08.2007.

Tabelle 2: Ergebnisse Lebenserwartung im Überblick 1991 bis 2006

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/lebenserwartung_in_gesundheit/025419.html, am 06.08.2008

2.3 Modelle von Gesundheit bzw. Krankheit

Nach Homfeld/Sting (2006:69) beschränkt sich die Darstellung wissenschaftlicher Begriffe und Modelle von Gesundheit, welche für die Sozialarbeit relevant sind, auf Theorien. Nach wie vor ist in unserer Gesellschaft das biomedizinische Modell dominierend. Neue Überlegungen sind aus verschiedenen disziplinären Blickwinkeln (z.B. Soziale Arbeit, Gesundheitswissenschaften, Psychologie, Sozialwissenschaften) entstanden, doch sind diese alle in Absetzung des biomedizinischen Modells entwickelt worden. Es wird versucht, eine umfassende und ganzheitliche Betrachtung des Zusammenhangs „Mensch und Gesundheit“ durchzusetzen.

2.3.1 Das biomedizinische Modell von Gesundheit und Krankheit

Homfeld/Sting (2006:69-71) gehen davon aus, dass das biomedizinische Modell das Gesundheitsdenken seit ca. 200 Jahren beherrscht. Der menschliche Körper wird mit einer Maschine verglichen, welche in unterschiedliche Funktionen und damit verbundenen Funktionsstörungen zerlegbar ist. Treten Krankheitssymptome auf (körperliche Beschwerden und psychische Auffälligkeiten), so sind diese auf organische Defekte zurückzuführen. Anatomische und psychische Defekte sind die eigentlichen Ursa-

chen der Krankheiten. Das Modell verhält sich kausal-analytisch, Zustände des menschlichen Lebens wie Gesundheit oder Krankheit werden auf isolierbare, kleine Bausteine/Elemente des Organismus reduziert. Haupteinwände gegen diese Sichtweise sind, dass der kranke Mensch als passives Objekt physikalischer Prozesse gesehen wird und als Subjekt oder Handelnder weitgehend ausgeklammert ist.

Überdies enthält das Modell kein positives Verständnis von Gesundheit, da Gesundheit nur als Abwesenheit von Krankheit bzw. Symptomen oder nachweisbaren Krankheitsursachen bestimmbar definiert wird.

Das biomedizinische Modell war zwar bei der Bekämpfung von Infektionskrankheiten recht erfolgreich, doch der Rückgang der Sterberate bzw. die Verlängerung der Lebenserwartung im 20. Jahrhundert ist größtenteils auf die Verbesserung der allgemeinen sozialen Lebensbedingungen und auf die Einführung basaler hygienischer Praktiken zurückzuführen.

Da inzwischen chronische Krankheiten vorherrschen, ist eine eindeutige Kausalitätszuschreibung schwierig und so wurde das biomedizinische Modell um das Risikofaktorenmodell erweitert.

2.3.2 Das Risikofaktorenmodell

Das Risikofaktorenmodell wird von Homfeld/Sting (2006:71-73) dahingehend skizziert, dass Gesundheit und Krankheit als ein multifaktorielles Geschehen betrachtet werden. Es setzt sich aus Einwirkungen der Erbinformationen, des Gesundheitsverhaltens und der Umwelt zusammen. Risikofaktoren werden ebenso wie bei der biomedizinischen Sichtweise an Krankheit, Defiziten und gesundheitlichen Belastungen bestimmt, doch sind Risikofaktoren keine Ursachen – sie begründen also keine Kausalverhältnisse – sondern nur statistische, nach einem Wahrscheinlichkeitskalkül wirksame Zusammenhänge. Die rein medizinische Sichtweise wird erweitert, indem körperbezogenes Verhalten (z. B. Ernährung, Rauchen, Alkohol/Drogenkonsum) relevant ist und außerdem auch psychische und soziale Faktoren (vermittelt über „Stress“) gesundheitsbedeutend sind.

Es wird davon ausgegangen, dass Stress zunächst ein physiologischer Erregungs- oder Spannungszustand im Gehirn ist, der die Nerven- und Hormontätigkeit beeinflusst. Entstehung von Stress lässt sich nicht nur biologisch, sondern vor allem auch psychisch und sozial erklären. Zum Beispiel führt die Einnahme von Alkohol zu phy-

siologischem Stress, kritische Lebensereignisse verursachen psychologischen Stress und berufliche oder soziale Spannungen werden als sozialer Stress bezeichnet. Die Stresstheorie führt das Risikofaktorenmodell dazu, dass eine Vielzahl von mehr oder weniger beeinflussbaren Faktoren für die Gesundheit wichtig werden und es werden hieraus Ansatzpunkte für verhaltens- und verhältnisbezogene Präventionsmaßnahmen abgeleitet. Stress-Coping- bzw. Belastungs-Bewältigungs-Paradigmas gehen davon aus, dass beinahe das gesamte soziale Leben in irgendeiner Weise gesundheitsrelevant und Gesundheit auf diese Weise beeinflussbar ist. Es erfolgte eine Erweiterung in der sozialpsychologischen Stressforschung von Risikofaktoren und Belastungen um die Beschäftigung mit den Bewältigungsmöglichkeiten. Individuelle Kompetenz sowie soziale Ressourcen werden als Gegengewicht zu Risiken betrachtet.

2.3.3 Das Lebensweisen-Modell

Homfeld/Sting (2006:74-76) beschreiben das Lebensweisen-Modell dahingehend, dass es eine umfassendere und eher soziologisch ausgerichtete Perspektive aufzeigt. Gesundheit wird als Wert neben anderen in der Lebensweise des Menschen bzw. von Gruppen bezeichnet und lässt sich daher nicht isoliert betrachten.

Die Lebensweise ist nichts Willkürliches, sondern Ergebnis von biografischen bzw. historischen Auseinandersetzungen mit der gesellschaftlichen oder natürlichen Umwelt und Ausdruck bestimmter struktureller Rahmenbedingungen und daher eher kollektiv oder gruppengebunden. Lebensweisen lassen sich nicht einfach verändern, sondern erfordern zugleich eine Veränderung der Lebens- und Arbeitsbedingungen. Zum Beispiel führt eine unbefriedigende, monotone Arbeit zu geringerer Eigeninitiative und somit auch im gesundheitlichen Bereich zu weniger Vertrauen in die Selbstkontrolle. Arbeitslosigkeit vermindert die Basisaktivität und somit sinkt auch die Chance zur Umsetzung von Intentionen.

Das Lebensweisen-Modell begründet das Bemühen der WHO um eine Verankerung der Gesundheitsförderung als wesentliches Element der Sozialpolitik. Die Einbettung von Gesundheit und Krankheit in die Gesamtheit der Lebensweise einer Person, einer sozialen Gruppe und Gesellschaft ist eine unumgängliche Voraussetzung für die Gesundheitsförderung bzw. die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. So werden

Möglichkeiten einer angemessenen Berücksichtigung sozialer Einflussfaktoren auf die Gesundheit und eine Thematisierung von Gesundheit als wichtige Voraussetzung der Lebensqualität von Individuen und Gesellschaften eröffnet.

2.3.4 Das Salutogenese-Modell

Homfeld/Sting (2006:76-80) bezeichnen das von Antonovsky (1997) entwickelte Salutogenese-Modell als das umfassendste, da es sowohl sozial-kognitive Aspekte als auch die soziale Dimension der Lebensweise einschließt und gleichzeitig eine positive Perspektive von Gesundheit entwirft. Antonovsky versuchte mit diesem Ansatz die Perspektivenumkehr von einer Krankheits- zu einer Gesundheitsorientierung, wobei die Fragen, was Menschen gesund hält und weiters, wie sie es schaffen, trotz Belastungen nicht krank zu werden (z. B. trotz Rauchen kein Lungenkrebs), von zentraler Bedeutung sind. Salutogenese bedeutet das Bemühen um die Erhaltung und Verbesserung der Gesundheit. Gesundheit wird als labiles, aktives und sich dynamisch regulierendes Geschehen betrachtet. Gesundheit und Krankheit stellen nicht zwei getrennte Pole dar, sondern befinden sich auf einem Kontinuum von „mehr“ oder „weniger“. Zentrale Einflussgröße auf den Gesundheitszustand ist das Kohärenzgefühl (sense of coherence – SOC). Darunter wird eine allgemeine Grundhaltung der Welt und dem eigenen Leben gegenüber verstanden. Das Kohärenzgefühl ist kein äußerlicher Faktor, sondern eine innerpsychische Größe und es wird von der Annahme ausgegangen, dass die Nutzung von vorhandenen Ressourcen zur Erhaltung der Gesundheit und des Wohlbefindens vom Kohärenzgefühl abhängig sind.

Ein stark ausgeprägtes Kohärenzgefühl ermöglicht eine flexible Reaktion auf Anforderungen, ein schwach ausgeprägtes Kohärenzgefühl bringt eher eine starre und rigide Reaktion hervor. Der SOC (sense of coherence) wird somit zu einem flexiblen Steuerungsprinzip, welches die Copingstrategien eines Menschen bestimmt und die Stressverarbeitung beeinflusst, wobei Stress nicht per se negativ gesehen wird, sondern als zunächst neutrale Anregung und Aktivierung des Organismus und wird dieser durchaus positiv beurteilt. Ebenso wie bei der Stresstheorie wird davon ausgegangen, dass der Gesundheitszustand dynamisch vom Erleben und der Verarbeitung von Stress beeinflusst wird, wobei das Kohärenzgefühl (SOC) eine zentrale Größe darstellen soll.

Das Salutogenese-Modell bietet viele Anschlussmöglichkeiten für die gesundheitsbezogene Sozialarbeit, Perspektiven der Gesundheitsförderung werden um psychosoziale, entwicklungs- und bildungsbezogene Aspekte ergänzt und es eröffnet somit einen pädagogischen Zugang zur Stärkung des Kohärenzgefühls. Gesundheit wird zu einem Leitkriterium und zu einer positiv herzustellenden Kategorie, sie erscheint als permanenter, dynamischer Prozess einer aktiven Herstellung im Kontext sozialer und individueller Voraussetzungen.

2.4 Definition Allgemeinmedizin

Die WONCA (World Organization of Family Doctors/Europe – Europäische Gesellschaft für Allgemeinmedizin) definiert die Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin als eigene Disziplin und als Spezialgebiet.

„Die Allgemeinmedizin ist eine akademische und wissenschaftliche Disziplin mit eigenen Lehrinhalten, eigener Forschung, eigener Nachweisbasis und einer eigenständigen klinischen Tätigkeit; als klinisches Spezialgebiet ist sie auf Primärversorgung ausgerichtet.“ (WONCA 2002:7)

Die Wesensmerkmale der Allgemeinmedizin nach der WONCA (2002:7-8) sind dahingehend definiert, dass die Allgemeinmedizin normalerweise den ersten medizinischen Kontakt im Gesundheitssystem darstellt und einen offenen und unbegrenzten Zugang für alle Nutzer und alle Gesundheitsprobleme – unabhängig von Alter, Geschlecht oder anderen Merkmalen der betroffenen Personen – ermöglicht. Auf effiziente Weise sollen die Ressourcen des Gesundheitssystems genutzt werden (Koordination der Betreuung, Zusammenarbeit mit anderen im Bereich der Primärversorgung tätigen Berufe, Management der Schnittstelle zu anderen Spezialgebieten) und sie übernimmt - wenn nötig - die Interessensvertretung von PatientInnenanliegen. Die Allgemeinmedizin arbeitet mit einem personenbezogenen Ansatz, der auf das Individuum und auf dessen Familie bzw. Lebensumfeld zentriert ist. Der Aufbau einer Langzeitbeziehung zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn soll ermöglicht werden. Gesundheit und Wohlbefinden sollen durch angemessene und wirksame Intervention gefördert werden. Die Allgemeinmedizin trägt die Verantwortung für die Gesundheit der Allgemeinheit, sie befasst sich mit akuten und/oder chronischen Gesundheitsproblemen der PatientInnen, überdies mit Erkrankungen im Frühstadium und in undifferenzierter Form. Sie umfasst die Behandlung von Gesundheitsproblemen in ihrer physischen, psychologischen, sozialen, kulturellen und existentiellen Dimension.

PatientInnen sollen unabhängig von Alter, Geschlecht oder Krankheit Hilfestellung erhalten, die Betreuung erfolgt im Rahmen der Familie, der Gemeinschaft oder der Kultur der Menschen, wobei stets die Autonomie der PatientInnen zu respektieren ist. Es ist zu erkennen, dass die Allgemeinmedizin und auch die Sozialarbeit einen ähnlichen Ansatz in der Grundhaltung bei der Betreuung von Menschen haben, jedoch ist die Allgemeinmedizin eben vorwiegend auf die Behandlung bzw. Behebung gesundheitlicher Problemlagen ausgerichtet. Die Sozialarbeit beschäftigt sich unter anderem mit dem Fördern eines für den Menschen stützenden sozialen Lebensumfeldes und ist für die Begleitung und Hilfe in schwierigen Lebenslagen zuständig. Gesundheitliche Probleme der KlientInnen sind für die Sozialarbeit nur ein Teil des gesamten Betreuungsspektrums.

3. Stellung und Aufgaben von AllgemeinmedizinerInnen in Österreich

Laut ÖGAM, Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (o.J./o.S) ist das Berufsbild des/der AllgemeinmedizinerIn dadurch gekennzeichnet, dass er/sie hauptsächlich die Versorgung bei akuten Erkrankungen sowie die Basisversorgung der Bevölkerung durchführt. Der/die AllgemeinmedizinerIn versteht sich als eine akademische und wissenschaftliche Disziplin mit eigenen Lehrinhalten, eigener Forschung sowie eigener klinischer Spezialisierung mit Blickrichtung auf die Basisversorgung.

Zukünftig werden sich aber auch in Österreich neue Herausforderungen ergeben, die den Aufgabenbereich verändern werden. Je spezialisierter bzw. unüberschaubarer die fachspezifische Medizin wird, desto wichtiger werden die AllgemeinmedizinerInnen als KoordinatorInnen der PatientInnen im System.

Bezeichnend für den/die HausarztIn ist, dass er/sie Familien am nächsten steht und für kleinere und größere Gesundheitsfragen und –probleme meist die erste Ansprechperson ist. Arztwechsel werden eher ungern vorgenommen und häufig erfolgt die Betreuung der ganzen Familie vom selben Arzt/Ärztin, wobei das Vertrauensverhältnis bei der Arzt-Patient-Beziehung sehr wichtig ist.

In diesem Zusammenhang trägt der/die HausarztIn besondere Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung (z. B. Koordination der Zusammenarbeit mit SpezialistInnen aller Fachrichtungen), aber auch für den psychosozialen Bereich (z. B. Einbeziehung des sozialen Umfeldes und des psychischen Befindens der PatientInnen).

So wird der Zugang des/der AllgemeinmedizinerIn nicht nur auf die physische Komponente beschränkt, sondern es sollen auch psychologische, soziale und kulturelle Faktoren mitberücksichtigt werden. Sie sind nicht nur für die Diagnose und Therapie verantwortlich, sondern auch für die Prävention und Gesundheitsförderung.

„Spezielle Anforderungen:

Der Allgemeinmediziner wird in seiner alltäglichen Praxis sowohl mit chronischen als auch mit akuten Erkrankungen konfrontiert. Diese umfangreichen Aufgaben erfordern spezielle Kenntnisse und Fähigkeiten.

Dazu gehören :

- Kommunikations- und Koordinationsfähigkeit zum Management der Basisversorgung
- Personenbezogene Betreuung als Grundlage einer stabilen Arzt-Patient-Beziehung
- Spezielle Problemlösungsfähigkeit
- Ausgehend von der Betreuung des Einzelnen muss immer auch die Situation des gesamten Umfeldes und im weitesten Sinne die Gesamtbevölkerung mit einbezogen werden.
- Vom Allgemeinmediziner wird im besonderen Maße verlangt, im Rahmen eines ganzheitlichen Modells auch kulturelle und existenzielle Faktoren in seine Überlegungen einfließen zu lassen.
- Kenntnisse der Grundprinzipien der wissenschaftlichen Forschung und Statistik, die eine kritische Beschäftigung mit wissenschaftlicher Literatur möglich machen.“ (ÖGAM o.J.:o.S)

Die Ärztekammer für Wien (o.J.:o.S.) sieht das Aufgabengebiet dahingehend definiert, dass die Allgemeinmedizin den gesamten menschlichen Lebensbereich, die Krankheitserkennung und Krankheitsbehandlung sowie die Gesundheitsförderung umfasst. Wesentliche Aufgaben des/der ÄrztIn für Allgemeinmedizin sind daher vor

allem in der patientenorientierten Erkennung und Behandlung jeder Form von Erkrankungen, die Vorsorge, die Früherkennung von Krankheiten, die ärztliche Betreuung von chronisch kranken und alten Menschen sowie die Erkennung und Behandlung von milieubedingten Schäden.

3.1 Entwicklungstendenzen in Österreich bzw. in anderen europäischen Ländern

Zur Entwicklung des allgemeinmedizinischen Versorgungssystems wird von der ÖGAM (o.J./o.S.) angeführt, dass es in anderen europäischen Ländern zu einer rascheren Veränderung des allgemeinmedizinischen Versorgungssystem gekommen ist. In Österreich werden Veränderungen vollzogen werden. Diverse Veränderungen im Gesundheitssystem beeinflussen auch die Rolle der HausärztInnen.

Es wird im Bereich der primären Gesundheitsversorgung zunehmend partnerschaftlich in Teams gearbeitet werden, indem zwei oder mehrere AllgemeinmedizinerInnen in Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen die Gesamtbetreuung der Bevölkerung eines bestimmten Gebietes sowohl im prophylaktischen und psychosozialen Bereich als auch in der Krankenbetreuung durchführen. In diesem Zusammenhang ist gute Kommunikation und Kooperation mit anderen HausärztInnen, FachärztInnen, ÄrztInnen in Krankenhäusern und mit Fachpersonal in den unterschiedlichen medizinischen und psychosozialen Berufen für die Qualität der PatientInnenbetreuung besonders wichtig. Der höhere Stellenwert der Gesundheit bzw. ein vermehrtes Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung verlangt von den HausärztInnen eine Zuwendung zur Gesundheitsmedizin. Die „Reparaturmedizin“ wird nur ein Teilbereich des Arbeitsspektrums werden.

Europaweit ist bei der Langzeitbetreuung eine Veränderung weg vom Hausarzt als Einzelkämpfer hin zum Betreuungsteam zu beobachten. Gruppenpraxen bieten Vorteile für PatientInnen (breiteres Leistungsspektrum, längere Öffnungszeiten, keine Sperrungen durch Urlaub, etc.) und auch für AllgemeinmedizinerInnen (bessere Vertretungs- und Fortbildungsmöglichkeiten, Reduzierung der Belastung des/der Einzelnen durch Teamarbeit, Möglichkeit zu wissenschaftlicher Arbeit und bessere Umsetzung von Maßnahmen der Qualitätssicherung).

Die Erhaltung einer **ganzheitlichen Medizin** (Einheit von Körper, Geist und Seele) wird für den europäischen Hausarzt in Zukunft vermehrt zu einer zentralen Aufgabe werden.

Laut der WONCA (2002:5) bestehen innerhalb von Europa wesentliche Unterschiede in der Struktur der Gesundheitssysteme und in der Praxis der Allgemeinmedizin. Die medizinische Ausbildung innerhalb der Mitgliedsstaaten und der Kandidatenländer unterliegt der EU-Richtlinie 93/16, die in erster Linie die Freizügigkeit der ÄrztInnen erleichtern soll. Die Wiener Ärztekammer (o.J.:o.S.) führt an, dass in Österreich die Ausbildung zum/zur ÄrztIn für Allgemeinmedizin in § 9 Ärztegesetz sowie in den Bestimmungen der Ärzte-Ausbildungsordnung (ÄAO 1994) geregelt ist.

Auch die Europäische Kommission (2005:3-6) weist auf die Wichtigkeit der Erhaltung der psychischen Gesundheit der europäischen Bevölkerung hin und sieht in dieser eine Ressource für die Verwirklichung einiger der EU-politischen Ziele, wie etwa Sicherung eines langfristigen Wohlstandes, Engagement für Solidarität und soziale Gerechtigkeit. „The mental health of the European population is a resource for the attainment of some of the EU’s strategic policy objectives, such as to put Europe back on the path to long-term prosperity, to sustain Europe’s commitment to solidarity and social justice, and to bring tangible practical benefits to the quality of life for European citizens.” (European Communities 2005:3)

Im Green Paper der Europäischen Kommission wird auch darauf hingewiesen, dass die psychische Gesundheit der EU-Bevölkerung stark verbesserungsbedürftig ist, denn psychische Krankheiten betreffen jeden vierten Bürger/jede vierte Bürgerin. Psychische Erkrankungen verursachen neben der Belastung, Stigmatisierung oder Diskriminierung der Betroffenen auch enorme gesamtwirtschaftliche Kosten. Es gibt keine Gesundheit ohne psychische Gesundheit und die Europäische Kommission verweist auf die Gültigkeit der Definition von Gesundheit durch die World Health Organisation: „The WHO describes mental health as a state of well-being in which the individual realizes his or her abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community.” (European Communities 2005:4)

Obwohl medizinische Interventionen eine zentrale Rolle spielen, ist es so, dass alleine durch diese die sozialen Determinanten nicht verändert werden können. Daher ist

ein umfassender Ansatz erforderlich, welcher im Einklang mit der WHO-Strategie zu stehen hat. Ein solcher Ansatz erfordert eine Vielzahl an Akteuren aber auch eine aktive Gesundheitspolitik. Das Mandat für Maßnahmen der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit ist in Artikel 152 des EC-Vertrages zu finden und sieht dieser vor, dass der Schutz der menschlichen Gesundheit ein hohes Niveau bei der Festlegung und Durchführung der gemeinschaftspolitischen Maßnahmen haben muss. Problematisch hierbei ist, dass in den Mitgliedstaaten sehr große Unterschiede bei der psychischen Gesundheit der Bevölkerung zu finden sind und dass dadurch keine einheitlichen Schlussfolgerungen gezogen oder Maßnahmen angewandt werden können. Projekte im Rahmen der EU-Public Health Programme haben jedoch gezeigt, dass Maßnahmen zur Verbesserung möglich, erfolgreich und auch kostengünstig sein können.

3.2 Grundzüge des österreichischen Gesundheitswesens

Nach Homfeldt/Sting (2006:27-30)) entspricht das österreichische Gesundheitswesen dem „konservativen Modell“ des Wohlfahrtsstaates. Gesundheit wird als „öffentliche Aufgabe“ verstanden. Durch staatliche Steuerung wird die Gewährleistung der gesundheitlichen Versorgung von einer breiten und pluralen Trägerlandschaft übernommen (Bund, Länder, Kommunen, Sozialversicherungsträger, Kirchen und Wohlfahrtsverbände, private Anbieter, niedergelassene ÄrztInnen). In Österreich besteht das Prinzip der Pflichtversicherung, welches über den Arbeitgeber festgelegt ist. Ca. 80 Prozent der Behandlungskosten werden von den Krankenkassen übernommen und so gibt es daneben private Zusatzversicherungen, welche jedoch die Pflichtversicherung nicht ersetzen können. So sind in Österreich ca. 99 Prozent der Bevölkerung Mitglied der Pflichtversicherung. Im Jahr 1998 wurde durch Einführung des bundesweiten Gesundheitsförderungsgesetzes der Gesundheitsförderung ein eigener Stellenwert im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung eingeräumt und zählt diese seither zu den verbindlichen Angelegenheiten des Gesundheitswesens. Darunter fallen Aufgaben, die zum Teil auch in den Tätigkeitsbereich der Sozialarbeit fallen: Schutz vor Gefahren für den allgemeinen Gesundheitszustand; Angelegenheiten der Gesundheitsvorsorge einschließlich der Gesundheitsvorsorge für schulbesuchende Jugend; Bekämpfung übertragbarer Krankheiten; Missbrauch von Alkohol und Suchtgiften. Durch politische Schwerpunktorientierung auf die Zielgruppe Kinder und Jugendliche, auf Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz und auf spezielle Zielgrup-

pen wie chronisch Kranke, ältere Personen, Schwangere und Säuglinge wird die Beteiligung der Sozialarbeit am österreichischen Gesundheitswesen hinkünftig an Bedeutung gewinnen.

Redelsteiner (2008:14) führt aus, dass das österreichische Gesundheitswesen eine lange Tradition hat und in Bezug auf Innovation, Zugänglichkeit und handelnde Personen oft internationaler Vorreiter war. Regionale und sektorale Kostenträgersysteme (Gebiets- und Betriebskrankenkassen) sorgten für unmittelbare Verwendung der Ressourcen ihrer BeitragszahlerInnen. Zunehmende Spezialisierung und der Zuwachs an Wissen und therapeutischen Möglichkeiten erfordert das Bilden von überregionalen Zentren. Das früher starke föderale Gesundheitswesen entwickelt sich nun zu einem nationalen System.

3.3 Soziale Arbeit und Gesundheitswesen

Hünersdorf/Huber (2008:17) führen an, dass in der Gesundheits- und Armenfürsorge Ende des 19. Jahrhunderts zentrale Wurzeln der Sozialen Arbeit liegen. Damals stellte sich Gesundheit als soziales Problem und sozialer Wert heraus. Mit der Industrialisierung gingen problematische Lebensverhältnisse einher und wurden diese als Ursachen für Krankheit erkannt (vgl. Sachsse 1994:23), welche zur damaligen Zeit mit Arbeitsfähigkeit und auch mit militärischer Tauglichkeit in Verbindung standen. Soziale Arbeit fokussierte auf sozialhygienisch orientierte Gesundheitsförderung in Zusammenhang mit sozialen Problemen, Gesundheitserziehung und –beratung (soziale Integration von Personen mit chronischen Krankheiten, z.B. Suchtkrankheiten, psychische oder psychosomatische Krankheiten, Integration von gesundheitsgefährdeten Gruppen wie z. B. Arme, Schwangere, Kleinkinder). Daraus entwickelte sich neben der Armen- und Jugendfürsorge auch der Bereich der Gesundheitsfürsorge (vgl. Homfeld/Sting 2006:10). Weiters gehen Hünersdorf/Huber (2008:18) davon aus, dass das Fördern von Gesundheit, um gesellschaftliche Integration zu ermöglichen, auch heute noch die Funktion von Sozialer Arbeit ist.

Nach Ortmann (2008:8) nimmt gegenwärtig die gesundheitsbezogene Sozialarbeit in Deutschland und Österreich nur eine randständige Position ein. So wird zum Beispiel in der vom Bundesministerium für Gesundheit und Frauen im Jahr 2005 herausgegebenen Übersicht über das Gesundheitswesen in Österreich, welche auch Angaben

über Berufsgruppen enthält, Sozialarbeit nicht einmal erwähnt, obwohl im Gesundheitsbereich doch auch SozialarbeiterInnen tätig sind.

„Sozialarbeiter – als Fachkräfte für die Bearbeitung sozialer Probleme – erfahren tagtäglich in ihrer Arbeit, in welchem hohem Maße z. B. die Arbeitssituation oder Arbeitslosigkeit, Überschuldung, familiäre Probleme, unzureichender Wohnraum oder Einsamkeitsgefühle auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Menschen wirken. Aus den Erfahrungen der Sozialarbeit gibt es keinen Zweifel daran, dass insbesondere sozial verletzliche bzw. verletzte Bevölkerungsgruppen besonders intensive und vielfältige (soziale) Unterstützung auf dem Weg zu mehr Gesundheit benötigen.“ (Ortmann 2008:8)

Weiters führt Ortmann (2008:8-9) aus, dass es jedoch bisher versäumt wurde, diese Erfahrungen aufzugreifen und daraus eigene, sozialarbeitsspezifische gesundheitsbezogene Verstehensweisen und Handlungskonzepte zu entwickeln. Es wird zukünftig für die Positionierung gesundheitsbezogener Sozialarbeit darauf ankommen, diese Erfahrungen im Gesundheitssystem als Potentiale für die Förderung, Sicherung und Wiederherstellung von Gesundheit in der Bevölkerung zur Verfügung zu stellen und in guter Kooperation mit anderen Berufsgruppen zu nutzen. So soll sich die „neue“ gesundheitsbezogene Sozialarbeit nicht mehr als „Gehilfin der Medizin“ betrachten, sondern soll Sozialarbeit im Gesundheitswesen eine selbstbewusste Profession mit eigenem Verständnis von Gesundheit und Krankheit und eigenen Handlungsmethoden darstellen, mit denen sie für mehr Gesundheit in der Bevölkerung sorgen kann.

Empirische Erhebungen und sozialepidemiologische Befunde ergeben, dass Zusammenhänge zwischen sozialen Faktoren und Gesundheit bzw. Krankheit bestehen. Exemplarisch führt Ortmann (2008:9) einige Ergebnisse an:

a) Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Arbeitslose Männer haben durchgängig mehr Krankenhaustage aufzuweisen als berufstätige Männer. Besonders deutlich ist der Unterschied im Diagnosekapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ – hier ist die Anzahl der Krankenhaustage bei arbeitslosen Männern zum Unterschied von berufstätigen Männern sechs Mal höher (Robert-Koch-Institut 2003:12).

b) Gesundheit Alleinerziehender

Im Vergleich von alleinerziehenden Müttern mit verheirateten Müttern anhand der Daten des Bundes-Gesundheitssurveys (Robert-Koch-Institut 2003a:11) zeigen sich bei zahlreichen Erkrankungen signifikante Unterschiede, wobei diese in Bezug auf psychische Erkrankungen, welche bei alleinerziehenden Müttern mehr als doppelt so häufig vorkommen, besonders auffällig sind.

c) Soziale Benachteiligung und Gesundheit

Ebenfalls durch zahlreiche sozialepidemiologische Untersuchungen empirisch belegbar sind Zusammenhänge zwischen sozialer Benachteiligung und Gesundheit. Menschen, die in Armut leben müssen, haben einen schlechteren Gesundheitszustand und auch eine höhere Sterblichkeit als nicht arme Bevölkerungsgruppen. Dies gilt für fast alle körperlichen und psychischen Erkrankungen.

Den Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheitsgefährdung bestätigt auch Buchinger (2008:18). Ärmere Menschen sind überproportional Gesundheitsrisiken ausgesetzt. So haben z. B. Kinder aus armutsgefährdeten Familien in einem dreifach stärkeren Ausmaß regelmäßige Schlafstörungen oder auch Kopfschmerzen als Kinder aus einkommensstärkeren Haushalten. Es ist erwiesen, dass Eltern aus einkommensschwachen Familien seltener KinderärztInnen aufsuchen, was insofern bedenklich ist, da Kinder aus diesen Familien überproportional viele Beschwerden haben – vor allem verbunden mit psychischen Komponenten.

Laut Hünersdorf/Huber (2008:20) wird durch die Zunahme von sozialen und gesundheitlichen Ungleichheiten und auch durch den Umstand, dass die neuen gesundheitsbezogenen Problemlagen besonders dem sozialen Bereich zuzuordnen sind, die Relevanz der Sozialarbeit für die fast notwendige interdisziplinäre Gesundheitsarbeit sehr deutlich und muss Soziale Arbeit gesundheitsbezogene Benachteiligungen stärker polarisieren.

„Gesundheit ist von jeher ein zentraler Bestandteil der Theorie und Praxis Sozialer Arbeit. Die Soziale Arbeit legt die psychosozialen Dimensionen von Gesundheit, Beeinträchtigung und Krankheit frei, sie entwickelt Handlungsansätze und stellt die ressourcenorientierten Strategien für die unterschiedlichen praktischen Felder bereit.

Soziale Arbeit steht immer im Spannungsfeld sozialer Phänomene und setzt sich für ein zeitgemäßes Gesundheitsverständnis ein.“ (Weller 2008:17)

4. Vergleichsregion Skandinavien am Beispiel von Schweden und Finnland

Preusker (2007:A930-A932) beschreibt die Situation der skandinavischen Gesundheitssysteme dahingehend, dass in Nordeuropa auf die Frage der gerechten Verteilung knapper Ressourcen im Gesundheitswesen schon früher eine Antwort gegeben wurde, welche in anderen Ländern zum Teil als politisch umstritten gilt: Da die gesundheitlichen Bedürfnisse der Menschen grundsätzlich immer größer sind als die für das Gesundheitssystem zur Verfügung stehenden Mittel, muss man zuerst das Angebot an gemeinschaftlichen Gesundheitsleistungen im demokratischen Prozess festlegen. Dann wird der Zugang zu diesen Leistungen nach Prioritäten reguliert, welche im gemeinschaftlichen Diskurs bestimmt werden. Diese Zugangsregulierung wird als Priorisierung bezeichnet. Diese Priorisierung ist in den Gesundheitssystemen Nordeuropas Normalität, meist in Form von Wartezeiten bzw. Wartelisten und man will den Priorisierungsprozess so gerecht wie möglich und nach öffentlich festgelegten Kriterien ablaufen lassen.

4.1 Sozialarbeit und Gesundheitswesen in Schweden

Nach Otte/Antskog Dietrich (1997:107) hat sich Schweden im internationalen Vergleich zum Inbegriff eines entwickelten Wohlfahrtsstaates herausgearbeitet und wird dieser in Schweden in seinen Grundstrukturen größtenteils als soziale Errungenschaft angesehen, die es zu erhalten gilt. Kritiker führen jedoch an, dass hohe Steuerlasten, Bevormundung des Bürgers durch den Behördenapparat sowie ein Verfall des individuellen Verantwortungsgefühls damit verbunden seien. Jedenfalls ist zu sagen, dass der hohe Stellenwert, den die kollektive Verantwortung für das Wohlergehen des einzelnen genießt, günstige Voraussetzungen für die Entwicklung einer professionellen Sozialarbeit als Teil eines umfassenden öffentlichen Dienstleistungssystems schafft.

Otte/Antskog Dietrich (1997:114) führen an, dass die Erfüllung der sozialen Aufgaben in Schweden primär die Pflicht der Kommunen ist und dass lediglich einzelne Spezialbereiche in den Zuständigkeitsbereich der Bezirksverwaltung fallen. Otte/Antskog Dietrich (1997:111f) gehen davon aus, dass Vollbeschäftigung sowie die Vermeidung sozialer Selektion tragende Elemente schwedischer Sozialpolitik sind und dass staatliche Unterstützungsleistungen zu einer weitgehenden Angleichung des materiellen Lebensstandards der Menschen und auch zur höchsten Frauenerwerbsquote (ca. 90 Prozent einschließlich Teilzeitbeschäftigte) in Westeuropa führten. Dabei verzeichnet Schweden eine der höchsten Geburtenraten in Europa. Dies wird auf ein umfassendes System von Mutterschutz, Elternurlaub, bedarfsdeckende Angebote an Kindertageseinrichtungen (Rechtsanspruch seit 1995 für Kinder vom ersten bis zum zwölften Lebensjahr) sowie weitgehende Angleichung der Geschlechterrollen in der Gesellschaft zurückgeführt.

Auch im Schulsystem wird einer Separierung spezieller Gruppen entgegengewirkt und es besuchen alle Kinder die neunjährige Einheitsschule, erst anschließend erfolgen verschiedene Ausrichtungen und auch der Übergang in das Berufsleben fällt in den Aufgabenbereich der Schule, bis die Schüler das zwanzigste Lebensjahr vollendet haben. Sozialarbeiter sind überdies Teil des regulären Personalstandes aller Schulen bzw. werden diese von SozialarbeiterInnen des kommunalen Sozialdienstes regelmäßig besucht.

Bei Krankenhausaufenthalten, für ärztliche und zahnärztliche Behandlungen sowie für Medikamente zahlen schwedische BürgerInnen jeweils Gebühren, welche jedoch nach oben mit einem Jahresmaximalbetrag begrenzt sind. Ärzte bzw. Apotheker erhalten die verbleibende Kostendifferenz vom Reichsversicherungsamt erstattet. Die ärztliche und zahnärztliche Behandlung ist für Kinder und Jugendliche bis zum Alter vollendetes neunzehntes Lebensjahr kostenlos. Bei Arbeitsunfähigkeit wegen Krankheit wird der erste Tag als Karenztag gerechnet, für den zweiten und dritten Tag zahlt der Arbeitgeber 75 % des Lohns, dann bis zum vierzehnten Tag 90 %. Ab dem fünfzehnten Tag erhält der/die kranke ArbeitnehmerIn Krankengeld in gleicher Höhe von der Krankenkasse.

Zum schwedischen Gesundheitswesen führt Preusker (2007:A932-A934) aus, dass in Schweden im Jahr 1992 durch das Einsetzen einer parlamentarischen Priorisie-

rungskommission die intensive Beschäftigung mit Priorisierungs- und Rationierungsfragen im Gesundheitswesen begann.

Es wurden die drei Grundprinzipien der Priorisierung festgelegt:

- a) Das Prinzip der Menschenwürde
- b) Das Bedarfs- bzw. Solidaritätsprinzip
- c) Das Prinzip der Kosteneffektivität

Darauf aufbauend wurden vier Priorisierungsgruppen eingeteilt, wobei die Versorgung der ersten Gruppe höchste Priorität besitzt. Lediglich die Versorgung lebensbedrohlicher akuter Erkrankungen hat Vorrang. Bevor priorisiert werden kann, muss eine medizinische Beurteilung erfolgen. Jede Person, die vermutet, eine Krankheit oder Verletzung zu haben, soll das Recht auf eine medizinische Beurteilung haben, auf deren Grundlage dann die vierstufige Priorisierungsordnung Anwendung findet.

Priorisierungsgruppe 1:

- Versorgung lebensbedrohlicher akuter Krankheiten
- Versorgung solcher Krankheiten, die ohne Behandlung zu dauerhafter Invalidisierung oder zu vorzeitigem Tod führen
- Versorgung schwerer chronischer Krankheiten
- Palliative (lindernde) Versorgung und Versorgung in der Endphase des Lebens
- Versorgung von Menschen mit herabgesetzter Autonomie

Priorisierungsgruppe 2:

- Prävention
- Rehabilitation

Priorisierungsgruppe 3:

- Versorgung weniger schwer akuter und chronischer Erkrankungen

Priorisierungsgruppe 4:

- Versorgung aus anderen Gründen als Krankheit oder Schaden

Die zweite und dritte Priorisierungsgruppe erhält abnehmend öffentlich finanzierte Ressourcen und für die vierte Gruppe stehen in der Regel keine öffentlichen Gelder zur Verfügung, sodass sich die Betroffenen die Leistungen selber bezahlen müssen.

4.2 Sozialarbeit und Gesundheitswesen in Finnland

Soziale Arbeit ist in Finnland nach Kokko et al.(1997:161f) durchgängig eine öffentliche Aufgabe und der Großteil der MitarbeiterInnen (ca. 90 Prozent) ist in den öffentlichen Sozialdienstleistungen beschäftigt. Soziale Arbeit wird in die Sektoren

- Sozialarbeit
- Pflegearbeit
- Sozialisations-/Erziehungsarbeit

eingeteilt, wobei jedoch in vielen Praxisfeldern die Grenzen zwischen diesen idealtypischen Bereichen fließend ist.

Sozialarbeit soll die soziale Sicherheit und die Handlungskompetenz der Menschen fördern. Sozialarbeiterischer Ausgangspunkt sind Problemlagen, denn Sozialarbeit ist immer dann nötig, wenn negative gesellschaftliche Bedingungen auf Menschen wirken und den individuellen Wohlstand bzw. die persönlichen Lebensumstände gefährden. KlientInnen werden unterstützt, eigene Ressourcen zu entfalten, aber auch kontrollierende, von der Gesellschaft übertragene Aufgaben bis hin zu Zwangsmaßnahmen (z. B. Jugendhilfe oder Suchtkrankenhilfe) sind der Sozialarbeit übertragen.

Pflegearbeit unterstützt die Befriedigung der alltäglichen Grundbedürfnisse, sofern der/die Einzelne nicht mehr alleine oder mit Hilfe der Angehörigen zurechtkommt (z.B. körperliche und gesundheitliche Pflege, Behandlungspflege, Gesundheitsförderung und –prävention).

Sozialisations-/Erziehungsarbeit betrifft Kinder- und Jugendliche und soll deren umfassende Entfaltung und Entwicklung der Kompetenzen und Fähigkeiten gewährleisten.

Auch in Finnland sind nach Kokko et al.(1997:167-170) primär die Gemeinden für die Erfüllung sozialer Aufgaben zuständig. Zu den Aufgaben zählen auch Information,

Aufklärung und Beratung über finanzielle Sozialleistungen und das System der sozialen Sicherheit.

Wichtige Arbeitsfelder der Sozialen Arbeit sind Erziehungs- und Familienberatung, ambulante Hausdienste, betreutes Wohnen, stationäre Pflege, Familienpflege und Angehörigenpflege. Die Gemeinden tragen auch die Verantwortung für spezielle Sozialdienstleistungen auf Grundlage von Sondergesetzen, z. B. Kinderschutz, Behindertenfürsorge, Fürsorge der Alkoholkranken und Sicherung der Stellung der Kinder im „Vaterschaftsgesetz“ sowie im „Gesetz über die Betreuung, Erziehung und Umgangsrechte“ der Kinder.

Die kommunalen Sozialdienstleistungen sollen besonders klientInnenbezogen, vorrangig ambulant und vernetzt durch die Kommunen angeboten werden.

Die ambulanten Hausdienste der Gemeinden unterstützen bzw. versorgen Alte, Kranke, Behinderte und Familien mit Kindern in deren eigenen Wohnungen bzw. Haushalten, wenn diese Menschen aus unterschiedlichen Gründen auf fremde Hilfe angewiesen sind. Die wichtigsten Aufgaben der Hausdienste sind konkrete Arbeitshilfen (z. B. Organisation der Mahlzeiten), Förderung und Pflege der sozialen Kontakte, Information, Aufklärung und Beratung über die sozialen Dienstleistungen. Die Höhe der Dienstleistungsgebühren ist abhängig von der jeweiligen Gemeinde, vom Umfang der Hilfe, vom Familieneinkommen und von der Familiengröße. Der Bedarf an ambulanten Hilfsdiensten ist sehr hoch, wobei die größte KlientInnengruppe alte Menschen sind. Auch Menschen mit psychischen Problemen nutzen die Angebote der ambulanten Hilfsdienste. Ambulant betreutes Wohnen wird für kurze und mittelfristig lange Zeit für Menschen mit psychischen Problemen und mit Alkoholproblemen, für Jugendliche in schwierigen Lebenssituationen und für Haftentlassene organisiert und beinhaltet vor allem klientInnenbezogene Beratung, Betreuung und Unterstützung.

Eine relativ neue Sozialdienstleistung stellt in Finnland die „Angehörigenunterstützung“ dar. Dies bedeutet, dass Personen finanziell unterstützt werden, die alte, behinderte oder kranke Angehörige bei sich zu Hause pflegen. Zusätzlich zur finanziellen Unterstützung haben pflegende Angehörige Anspruch auf Beratung, dienstfreie Tage und Ausbildung. Angehörigenunterstützung und Hausdienste arbeiten eng zusammen.

Erziehungs- und Familienberatung wird von MitarbeiterInnen, die mit Familien in Sozialdienstleistungen und im Gesundheitswesen arbeiten, durchgeführt, wobei schwierigere Fälle in spezialisierten Familienberatungsstellen bearbeitet werden. Mitarbeiter

der Familienberatungsstellen sind SozialarbeiterInnen, Psychologen und KinderärztInnen bzw. KinderpsychiaterInnen und die MitarbeiterInnen verfügen weiters auch über familientherapeutische Ausbildungen.

In den Sozialämtern der Gemeinden ist die größte Gruppe der SozialarbeiterInnen (ca. zwei Drittel) beschäftigt und deren spezifische Arbeitsfelder sind abhängig von der Gemeindegröße oder anderen Besonderheiten, wie etwa Altersstruktur der Bevölkerung. Ein Großteil der anfallenden Arbeit stellt die finanzielle Hilfe zum Lebensunterhalt dar, doch arbeiten SozialarbeiterInnen auch in Schulen, Gesundheitszentren, Krankenhäusern, in den Organisationen des Sozial- und Gesundheitswesens sowie in privaten Dienstleistungen.

Zum finnischen Gesundheitswesen gibt Preusker (2007:A936) an, dass das Priorisierungsmodell ebenso angewendet wird und es gibt hier seit 2005 allgemein gültige Leitlinien zur Einordnung von Patienten nach dem Schweregrad ihrer nicht akuten Erkrankungen und dieses stellt das bisher am weitesten entwickelte Modell der Regulierung des Zuganges zu gesundheitlicher Versorgung dar. Es erfolgt entweder eine Punktbewertung oder anstelle der Punktbewertung kann auch eine detaillierte Beschreibung des Befundes stattfinden, ab dem Diagnostik und/oder Therapie zu erfolgen haben. Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, dass es zu einem Rückgang der Wartezeiten kam. Außerdem werden die erarbeiteten Schemata zur gleichmäßigen Beurteilung des Behandlungsbedarfes nicht dazu missbraucht, systematisch Patienten von einer Behandlung auszuschließen, sondern kam es zu einer erhöhten Vergleichbarkeit der Therapieschemata bei vergleichbaren Diagnosen.

4.3 Zusammenfassung

Sozialarbeit und Gesundheitswesen sind in Schweden und auch in Finnland eng vernetzt. Die Finanzierung des Systems ist zwar sehr kostspielig und führt zu hohen steuerlichen Belastungen der arbeitenden Bevölkerung, doch haben Menschenwürde, Chancengleichheit und kollektive Verantwortung einen hohen Stellenwert.

Die Erledigung der anfallenden Arbeit obliegt fast ausschließlich den Kommunen. Mitarbeiter in Gemeindezentren bieten der Bevölkerung Hilfestellung in verschiedenen Problemlagen an. Ein breites Angebot an Kinderbetreuungshilfen beeinflusst die

Beschäftigungsrate von Frauen, aber auch die Geburtenrate positiv. Ambulante Haushilfen unterstützen KlientInnen direkt in deren Wohnumfeld und die Nachfrage nach solchen Diensten ist enorm groß. Neu auftretende Problemlagen machten Veränderungen sowohl bei der Sozialen Arbeit als auch im Gesundheitswesen notwendig.

Im Gesundheitswesen hat jeder Mensch, der vermutet, an einer Krankheit zu leiden, das Recht auf medizinische Beurteilung. Der Zugang zu den Leistungen ist im Priorisierungsmodell geregelt. Je nach Schweregrad der Krankheit wird in Priorisierungsgruppen eingeteilt, nach denen sich die Wartedauer, aber auch die öffentlichen Zuschüsse richten.

5. Forschungsmethoden und Forschungsergebnisse

Die nachfolgenden Kapitel beschäftigen sich mit Erklärungen zu den angewandten Forschungsmethoden und den Ergebnissen der Forschungsarbeit. Strauss/Corbin (1996:198f) führen aus, dass zuerst eine Übersetzung der Analyse in eine Gliederung zu erfolgen hat. Sortieren der Memos ist notwendig, um die innere Logik zu erkennen bzw. auch visuell darstellen zu können.

Das erhobene Datenmaterial wurde transkribiert, codiert, kontrastiert und interpretiert.

Es sollen Antworten auf die Fragestellungen durch die Ergebnisse der empirischen Forschung geliefert werden. Es wurde bereits vorhandene Literatur herangezogen, welche einen theoretischen Beitrag zu den empirischen Ergebnissen liefern soll. Um qualitative Erhebungen durchführen zu können, wurde anhand der in einer Ordination eines praktischen Arztes durchgeführten Feldforschung die Situation erhoben, weiters wurden in diesem Zusammenhang Experteninterviews mit niedergelassenen Praktischen ÄrztInnen geführt und außerdem eine Gruppendiskussion mit einer PatientInnengruppe abgehalten.

5.1 Feldforschung – teilnehmende, strukturierte Beobachtung

Im Zuge des Forschungspraktikums in der Praxis des Gemeindefarztes der Stadtgemeinde Pöchlarn, Dr. Johann Reikersdorfer, vom 18. November 2008 bis 15. Jänner 2009, wurde praktischer Zugang zu der Thematik hergestellt und anhand einer Feldforschung die Situation erhoben bzw. beurteilt. Die Stadtgemeinde Pöchlarn befindet sich in Niederösterreich im Bezirk Melk und hat laut Statistik Austria (2008:9), 3946 EinwohnerInnen (Stand vom 31.10. 2008).

Nach Girtler (1984:45) nimmt bei der teilnehmenden strukturierten Beobachtung der Beobachter selbst an der Aktion teil. Mittels Einsatz eines Beobachtungsschematas wird die Beobachtung standardisiert. Der eingesetzte Beobachtungsraster ist als **Anhang A)** der Diplomarbeit beigefügt.

Feldforschung ist nach Mayring (2002:54) ein klassisches Gebiet qualitativ orientierter Soziologie und will ihren Gegenstand bei der Untersuchung in seiner natürlichen Umgebung belassen. „Feldforschung will ihren Gegenstand in möglichst natürlichem

Kontext untersuchen, um Verzerrungen durch Eingriff der Untersuchungsmethoden bzw. durch die wirklichkeitsferne Außenperspektive zu vermeiden.“ (Mayring 2002:55)

Teilnehmende Beobachtung ist nach Mayring (2002:80f) eine Standardmethode der Feldforschung. Der Grundgedanke der teilnehmenden Beobachtung ist, größtmögliche Nähe zum Forschungsgegenstand zu erreichen.

Am Ende der Forschung wurden die einzelnen Daten bzw. Ergebnisse sortiert, miteinander verbunden und empirisch ausgewertet. Nach Girtler (1984:146) werden in der Darstellungsphase die Protokolle nach relevanten Schwerpunkten durchgegangen und es werden am Rande der Protokolle entsprechende Anmerkungen gemacht. Das Typische der betreffenden Alltagswelt wird herausgearbeitet und durch solches Vorgehen gelingt es, einen Zugang zum sozialen Handeln zu liefern. Der Vorteil der Methode ist darin zu sehen, dass ein farbiges und in Nähe zum sozialen Leben sich bewegendes Bild zu liefern ist.

Zum Prozess des Beobachtens schreiben Martin/Wawrinowski (2000:10), dass sich dieser Prozess in folgende Schritte gliedert:

- a) Klassifizierung (Wahrnehmung der Situation, Problemstellung einordnen, alltägliches oder theoretisches Konzept anwenden)
- b) Beobachtung - im engeren Sinne (Informationen sammeln und verarbeiten)
- c) Interpretation (Informationen deuten/erklären)
- d) Beurteilung (Informationen und Interpretationen zu Urteilen verdichten und zum Gesamtteil verknüpfen)
- e) Prognose/Entscheidung (Gesamtbeurteilung oder Prognose des Verhaltens)
- f) Überprüfung (Richtigkeit und Nützlichkeit der Prognose/Entscheidung überprüfen)

Friebertshäuser (1997:503) sieht in der teilnehmenden Beobachtung das Kernstück der Feldforschung und es kommt hierbei darauf an, das alltägliche Leben zu beobachten und durch die Untersuchung möglichst wenig einzugreifen oder zu verändern. Die dabei entstandenen Protokolle bzw. Berichte über die teilnehmende Beobachtung ergänzen meist mündliche oder auch schriftliche Befragungen (z. B. Interviews, Gruppendiskussionen, Fragebogenerhebungen, ExpertInnengespräche, etc.).

5.2 Gruppendiskussion

Um die Sichtweise der PatientInnen miteinbeziehen zu können, wurde im Jänner 2009 eine Gruppendiskussion abgehalten. Im Zuge des Forschungspraktikums wurden acht PatientInnen eingeladen, sich an dieser Diskussion zu beteiligen. Neben der Moderatorin war auch eine weitere, unbeteiligte Person anwesend, um Wahrnehmungen zu protokollieren, welche nicht durch die Diskussionsleiterin festgehalten werden können (z.B. Sitzordnung, Verhalten der Teilnehmer, schnelle Sprachabfolgen).

Die Struktur der Gruppendiskussion ist als **Anhang B)** der Diplomarbeit beigefügt. Eine Gruppendiskussion ist nach Atteslander (2008:131) eine Methode, um nicht nur Fragen des Forschers/der Forscherin zu beantworten, sondern bietet diese Methode die Möglichkeit, auch Fragen durch die Teilnehmer einzubringen und zu bearbeiten. Gruppendiskussionen können auch dazu verwendet werden, bewusst bestimmte Hemmschwellen abzubauen. Durch das Agieren untereinander werden eventuell Auffassungen und Normen manifestiert, die nicht als Reaktion auf Stimuli von außen entstehen. Der/die ForscherIn wird Fragen sehr behutsam in die Runde einbringen und versuchen, die Diskussion in Gang zu halten und allenfalls Fragen den Aussagen folgern lassen.

Mayring (2002:76f) geht davon aus, dass viele Meinungen und Einstellungen stark an soziale Zusammenhänge gebunden sind und so am besten in der Gruppe erhoben werden können. In gut geführten Gruppendiskussionen können psychische Sperren oder Rationalisierungen durchbrochen werden und die Beteiligten legen dann die Einstellungen offen, welche auch im Alltag ihr Denken, Fühlen und Handeln bestimmen.

„Viele subjektive Bedeutungsstrukturen sind so stark in soziale Zusammenhänge eingebunden, dass sie nur in Gruppendiskussionen erhebbar sind. Hier können psychische Sperren durchbrochen werden, um auch zu kollektiven Einstellungen und Ideologien zu gelangen.“ (Mayring 2002:76)

5.3 Leitfadengestützte ExpertInneninterviews

Neben dem Experteninterview mit Dr. Reikersdorfer wurden noch zwei ExpertInneninterviews mit niedergelassenen Praktischen ÄrztInnen und ein ExpertInneninterview mit einer seit zehn Jahren in der Ordination des Gemeindearzt tätigen Sprechstundenhilfe durchgeführt. Dabei wird darauf Bedacht genommen, dass diese ExpertInnen sowohl im ländlichen als auch im urbanen Bereich ihre Ordinationen betreiben, um einen Überblick über eventuelle Unterschiede zwischen der ländlichen bzw. städtischen Lage der PatientInnen geben zu können.

Ziel dieser Interviews ist es, die Sichtweisen bzw. Einschätzungen der ExpertInnen zu erheben und Erkenntnisse daraus zu gewinnen, ob zusätzliche Beratungsunterstützung notwendig ist und was ihrer Wahrnehmung nach die größten nicht medizinischen Probleme der PatientInnen sind bzw. welche dieser Probleme sich durch Sozialarbeit lösen lassen bzw. nicht lösbar sind.

Die Interviews wurden anhand des vorbereiteten Leitfadens durchgeführt und ist dieser als **Anhang C**) der Diplomarbeit beigelegt.

Nach Atteslander (2008:131) wird im Experteninterview mit Menschen gesprochen, die entweder im Umgang mit ProbandInnen Erfahrung haben oder die über den Forschungsgegenstand besondere und umfassende Erfahrung haben. ExpertInnen können zum Beispiel ÄrztInnen, LehrerInnen oder ManagerInnen sein.

Dies bestätigt auch Stackelbeck (2003:37), nachdem ExpertInneninterviews in der empirischen Sozialforschung besonders dazu genutzt werden, um spezifisches, hochkonzentriertes Wissen ausgewählter Personen zu einem eingegrenzten Themenbereich abzufragen.

5.4 Auswertungsverfahren „Grounded Theory“

Die Auswertung des erhobenen Datenmaterials erfolgt nach dem Forschungsansatz der Grounded Theory (entwickelt in den 30iger Jahren von den amerikanischen Soziologen Barney Glaser und Anselm Strauss) und ist diese nach Strauss/Corbin (1996:7-9) eine gegenstandsverankerte Theorie, welche induktiv aus der Untersuchung des Phänomens abgeleitet wird, welches sie abbildet. Zusammenfassend ist laut Strauss/Corbin (1996:18) die Grounded Theory ein qualitativer Forschungsan-

satz, dessen systematische Techniken und Analyseverfahren den Forscher/die Forscherin befähigen, eine bereichsbezogene Theorie zu entwickeln, welche die Kriterien für „gute“ Forschung erfüllt: Signifikanz, Vereinbarkeit von Theorie und Beobachtung, Verallgemeinerbarkeit, Reproduzierbarkeit, Präzision, Regelgeleitetheit sowie Verifizierbarkeit und kann dieser Ansatz von Angehörigen jeder Disziplin oder theoretischen Richtung benutzt werden, um eine Theorie zu entwickeln.

Glaser/Strauss (1998:48ff) gehen davon aus, dass bei der Grounded Theory nicht vorgefertigte Hypothesen entscheidend für die Theorieentwicklung sind, sondern dass das Feld an sich selbstbestimmend wirkt. Gegenstandsverankerte Theorien sind

- brauchbar für praktische Anwendungen
- imstande, Verhalten auch für ein nicht fachkundiges Publikum begreiflich zu machen
- geeignet, Untersuchungen besonderer Verhaltensbereiche abzuleiten.

5.4.1 Kodierverfahren

Kodieren stellt nach Strauss/Corbin (1996:39ff) die Vorgehensweise dar, durch die die Daten aufgebrochen, konzeptualisiert und auf neue Art zusammengesetzt werden. Es handelt sich um den zentralen Prozess, durch den aus den Daten Theorien entwickelt werden. Die drei Haupttypen des Kodierens (Prozess der Datenanalyse) werden als

- a) offenes Kodieren
- b) axiales Kodieren
- c) selektives Kodieren

bezeichnet.

Offenes Kodieren

Offenes Kodieren ist laut Strauss/Corbin (1996:44) der Analyseteil, der sich besonders auf das Benennen sowie Kategorisieren der Phänomene mittels einer einge-

henden Untersuchung der Daten bezieht und kann eine weiterführende Analyse bzw. anschließende Kommunikation ohne diesen ersten grundlegenden analytischen Schritt nicht stattfinden. Die Daten werden in einzelne Teile aufgebrochen, gründlich untersucht, auf Ähnlichkeiten und Unterschiede hin verglichen. Es werden Fragen über die Phänomene gestellt, wie sie in den Daten zu finden sind. So werden die eigenen und auch die fremden Vorannahmen in Frage gestellt oder erforscht, was zu neuen Entdeckungen führt.

Axiales Kodieren

Axiales Kodieren ist nach Strauss/Corbin (1996:75ff) die zweite Phase der Analyse. Es werden Konzepte und Subkonzepte der offenen Kodierung miteinander in Verbindung gebracht – auf neue Weise wieder zusammengesetzt. Dies erreicht man unter Einsatz eines Kodier-Paradigmas, welches aus Bedingungen, Kontext, Handlungs- und interaktionalen Strategien und Konsequenzen besteht. Am Ende dieser Phase erhält man dichte und gesättigte Kategorien von Handlungszusammenhängen.

Selektives Kodieren

Die letzte Phase der Auswertung bezeichnen Strauss/Corbin (1996:94ff) als selektives Kodieren. Die erarbeiteten Kategorien sollen zu einer Grounded Theory zusammengefasst werden, wobei der Unterschied zum axialen Kodieren nicht besonders groß ist, sondern findet dies nur auf einer abstrakteren, höheren Ebene statt. Die sogenannte „Story Line“ (der „rote Faden der Geschichte“) muss dargelegt werden, um die Kernkategorie (das zentrale Phänomen der Forschung) zu erhalten und um diese auch analytisch beschreiben zu können. Die herausgearbeiteten Eigenschaften der Kernkategorie werden mit den anderen Kategorien verbunden und kann nun eine hypothetische Aussage in Bezug auf die Beziehung zwischen den Kategorien formuliert werden, welche dann anhand der Daten validiert werden muss. Durch die Kombination von induktivem mit deduktivem Denken verfügt man zuletzt über die Bausteine der Theorie.

Aufgrund der beschriebenen und in der Forschungsphase durchgeführten Methoden konnten folgende Ergebnisse erzielt werden:

6. Teilnehmende Beobachtung

Wie bereits im Kapitel 6.1 Feldforschung – teilnehmende, strukturierte Beobachtung ausgeführt, wurde zur Erhebung der Daten ein Beobachtungsraster eingesetzt. Als teilnehmende Beobachterin erfolgte der Großteil der Beobachtung in direkter Gegenwart des Praktischen Arztes und so wurden vor allem die Personen exploriert, welche die Sprechstunde aufsuchten bzw. bei welchen die Behandlung des Arztes notwendig war. Es war auch möglich, an Hausbesuchen teilzunehmen oder bei Notarzteinsätzen mitzufahren. Neben seiner Tätigkeit als Praktischer Arzt und Notarzt ist Dr. Reikersdorfer auch Gemeindefacharzt der Stadtgemeinde Pöchlarn. Damit fallen noch zusätzlich folgende Tätigkeiten bzw. Aufgaben in seinen Zuständigkeitsbereich:

- a) Totenbeschau
- b) Sachverständigentätigkeiten
- c) Unterbringungsuntersuchungen
- d) Alkohol- und Suchtgiftuntersuchungen nach StVO

Die Öffnungszeiten der Ordination sind:

Montag: 7.30 bis 12.30 Uhr (ab 18.00 Uhr in Gemeindeteil Neuda)

Dienstag: 7.30 bis 12.30 Uhr

Mittwoch: ordinationsfrei

Donnerstag: 7.30 bis 12.30 Uhr und 18.00 bis 19.00 Uhr

Freitag: 8.00 bis 12.00 Uhr

Einmal pro Monat ist ein Wochenenddienst (durchgehend bis Montag, 7.30 Uhr) abzuhalten.

In der Ordination sind zwei Sprechstundenhilfen, zwei Krankenschwestern und zwei Physiotherapeutinnen angestellt.

In der Gemeinde gibt es noch eine Praktische Ärztin und einen Praktischen Arzt. In der Nachbargemeinde Krummnussbaum betreibt ein weiterer Praktischer Arzt eine Ordination.

6.1 Soziodemographische Daten

Das ordinationsinterne EDV-Datenverarbeitungssystem ergab, dass im Abrechnungsquartal 3/2008 (Juli, August, September) insgesamt 1750 Personen behandelt wurden (einmal oder mehrmals).

Die Beobachtungsstudie sowie das computergesteuerte Datenverarbeitungssystem der Ordination zeigen, dass durchschnittlich 158 PatientInnen pro Tag die Ordination aufsuchten. Davon zählen laut Dr. Reikersdorfer 130 Personen zu den StammpatientInnen.

Die Aufteilung der PatientInnen stellte sich wie folgt dar:

Arzt (Sprechstunde, Hausbesuche, Notarzteinsatz): 61 Personen

Physiotherapie (wird ebenfalls in der Ordination betrieben): 40 Personen

Sprechstundenhilfe (Rezepte, Krankenstandsabschreibungen, Befund holen,...): 56 Personen.

Geht man von einer höchstmöglichen Gesamtbetreuungszeit von acht Stunden pro Tag (reine Behandlungszeit, abzüglich Pausen, Fahrtzeit von und zu Hausbesuchen/Notarzteinsätzen) aus, so entfallen durchschnittlich rund acht Minuten Behandlungszeit auf einen/eine PatientIn. Dies ist jedoch ein rein rechnerisches Modell, denn in der Praxis ist es so, dass manche PatientInnen natürlich kürzere oder längere Zeit für die Behandlung benötigen.

Der Anteil der Frauen, welche im Beobachtungszeitraum die Ordination aufsuchten, betrug 63 % und ist somit wesentlich höher, als der Männeranteil mit 37 %. Gründe für den erhöhten Frauenanteil waren, dass mehr ältere Frauen als Männer die Ordination besuchten. Aber auch die Tatsache, dass Frauen primär für die (medizinische) Betreuung der Kinder in den Familien zuständig sind, hat im Beobachtungsfeld zu der Erhöhung des Frauenanteils geführt, denn es kamen durchwegs Mütter mit ihren kranken Kindern zum Arzt und meist nutzten sie die Gelegenheit, um ebenfalls den Arzt zu Rate zu ziehen. Bei einem Großteil der Kleinkinder wurden Infektionskrankheiten – nach der Häufigkeit der Diagnosen - grippale Infekte, Bronchitis, Angina, Ohrenentzündungen – diagnostiziert und es war zu beobachten, dass bedingt durch die enge Betreuungssituation zwischen Mutter und Kind meist auch die Mütter an diesen Infektionskrankheiten litten, wenn auch oft in abgeschwächter Form.

Die oben angeführten Daten werden durch Erhebungen der Statistik Austria (2008:o.S.) bestätigt, die Ergebnisse aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/07 zeigten, dass vier von fünf ÖsterreicherInnen ab dem Alter von 15 Jahren angaben, innerhalb der letzten 12 Monate einen/eine AllgemeinmedizinerIn aufgesucht haben. Der Anteil steigt mit dem Alter kontinuierlich an. Beispielsweise beträgt er bei 15 bis 29jährigen etwa 70 %, bei Personen ab dem 75. Lebensjahr über 90 %. Mit dem Lebensalter ist nicht nur der Anteil der Arztbesuche ansteigend, sondern auch die Anzahl der Arztbesuche in einem bestimmten Zeitraum. Von den rund 2,5 Millionen ÖsterreicherInnen ab dem Alter von 15 Jahren die angaben, innerhalb der letzten vier Wochen einen/eine Praktische Ärztin konsultiert zu haben, absolvierten 74 % nur einen Arztbesuch und 26 % zwei oder mehr Arztbesuche, von den befragten Personen ab dem Alter von 75 Jahren gaben jedoch 66 % an, dass sie nur einmal in den letzten vier Wochen beim Arzt/bei der Ärztin waren und 34 % suchen mehrmals den/die Ärztin auf.

Die detaillierte Anzahl bzw. die Altersstruktur der Bevölkerung, welche einen/eine AllgemeinmedizinerIn konsultierten, geht aus folgender Tabelle hervor:

Häufigkeit der Besuche der Bevölkerung beim Arzt für Allgemeinmedizin 1999								
Gliederungsmerkmal	Erfasste Personen in 1.000	nie	mindestens einmal	in %				durchschnittliche Zahl
				einmal	zweimal	drei- bis fünfmal	mehr als fünfmal	
Insgesamt	7.958,1	24,7	75,3	21,6	15,9	21,6	16,2	3,5
Alter								
0 - 14 Jahre	1.366,1	31,2	68,8	24,7	16,6	18,6	8,9	2,3
15 - 24 Jahre	931,0	30,5	69,5	25,8	16,4	18,7	8,6	2,4
25 - 34 Jahre	1.292,0	27,1	72,9	24,8	18,8	19,0	10,3	2,6
35 - 44 Jahre	1.277,7	26,1	73,9	24,5	17,0	21,6	10,9	2,9
45 - 54 Jahre	991,7	22,9	77,1	20,8	15,4	24,0	16,8	3,6
55 - 64 Jahre	893,4	19,3	80,7	17,2	14,1	25,6	23,8	4,6
65 - 74 Jahre	680,8	15,4	84,6	13,9	12,9	25,8	32,0	6,1
75 - 84 Jahre	400,1	12,9	87,1	10,3	12,8	24,5	39,5	7,1
85 Jahre und älter	125,2	13,3	86,7	10,7	9,1	22,1	44,8	8,5

Tabelle 3: Häufigkeit der Besuche der Bevölkerung beim Arzt für Allgemeinmedizin 1999 http://www.statistik.at/web_de/static/haeufigkeit_der_besuche_der_bevoelkerung_beim_arzt_fuer_allgemeinmedizin_1_022262.xls, am 22.02.2009

Der Anteil der Frauen, welche einen/eine AllgemeinmedizinerIn aufsuchten, ist nach der Österreichischen Gesundheitsbefragung deutlich höher und verhält sich 82 % (weibliche PatientInnen) zu 76 % (männliche Patienten). Zu erklären ist das unter anderem damit, dass es in höheren Altersklassen mehr Frauen gibt. Doch auch im jungen und mittleren Erwachsenenalter ist der Anteil der weiblichen Patientinnen höher, was bedeutet, dass es neben der Altersstruktur auch einen systematischen Einfluss des Geschlechts gibt. Die geschlechterspezifische Aufteilung über Häufigkeit bzw. die Altersstruktur der weiblichen bzw. männlichen Besucher eines/einer AllgemeinmedizinerIn werden in der Tabelle 4 und Tabelle 5 dargestellt:

Häufigkeit der Besuche der weiblichen Bevölkerung beim Arzt für Allgemeinmedizin 1999								
Gliederungsmerkmal	Frauen in 1.000	nie	mindestens einmal	in %				durch-schnittliche Zahl
				einmal	zweimal	drei- bis fünfmal	mehr als fünfmal	
Insgesamt	4.100,9	23,3	76,7	20,4	15,8	22,5	18,1	3,9
Alter								
0 - 14 Jahre	666,6	31,4	68,6	24,5	16,8	18,4	8,9	2,4
15 - 24 Jahre	458,4	29,7	70,3	25,7	16,2	19,4	9,0	2,5
25 - 34 Jahre	644,8	24,8	75,2	23,3	19,7	20,9	11,4	2,8
35 - 44 Jahre	630,7	24,5	75,5	23,7	16,8	23,0	11,9	3,1
45 - 54 Jahre	495,6	21,6	78,4	19,4	15,0	25,0	19,0	3,9
55 - 64 Jahre	459,9	18,2	81,8	16,1	13,7	27,1	24,8	4,8
65 - 74 Jahre	385,7	14,6	85,4	12,7	12,6	25,4	34,6	6,5
75 - 84 Jahre	268,4	12,9	87,1	9,6	12,1	24,6	40,8	7,3
85 Jahre und älter	90,9	14,0	86,0	10,4	9,5	20,6	45,5	8,6

Tabelle 4: Häufigkeit der Besuche der weiblichen Bevölkerung beim Arzt für Allgemeinmedizin 1999
http://www.statistik.at/web_de/static/haeufigkeit_der_besuche_der_bevoelkerung_beim_arzt_fuer_allgemeinmedizin_1_022262.xls, am 22.02.2009

Häufigkeit der Besuche der männlichen Bevölkerung beim Arzt für Allgemeinmedizin 1999								
Gliederungsmerkmal	Männer in 1.000	nie	mindestens einmal	in %				durch-schnittliche Zahl
				einmal	zweimal	drei- bis fünfmal	mehr als fünfmal	
Insgesamt	3.857,2	26,2	73,8	22,9	16,1	20,6	14,1	3,2
Alter								
0 - 14 Jahre	699,5	31,0	69,0	24,9	16,4	18,8	8,9	2,3
15 - 24 Jahre	472,6	31,3	68,7	25,8	16,6	18,0	8,3	2,4
25 - 34 Jahre	647,3	29,4	70,6	26,2	17,9	17,2	9,3	2,3
35 - 44 Jahre	647,0	27,5	72,5	25,2	17,2	20,1	9,9	2,7
45 - 54 Jahre	496,1	24,2	75,8	22,3	15,7	23,1	14,7	3,3
55 - 64 Jahre	433,5	20,4	79,6	18,3	14,5	24,0	22,7	4,4
65 - 74 Jahre	295,1	16,5	83,5	15,5	13,2	26,2	28,6	5,5
75 - 84 Jahre	131,7	13,0	87,0	11,6	14,4	24,2	36,8	6,7
85 Jahre und älter	34,3	11,4	88,6	11,4	8,1	26,1	43,0	8,0

Tabelle 5: Häufigkeit der Besuche der männlichen Bevölkerung beim Arzt für Allgemeinmedizin 1999
http://www.statistik.at/web_de/static/haeufigkeit_der_besuche_der_bevoelkerung_beim_arzt_fuer_allgemeinmedizin_1_022262.xls, am 22.02.2009

Mit dem Alter variieren auch die (Haupt)gründe für einen Arztbesuch. So entfallen in der jüngsten Gruppe der Befragten 60 % auf Krankheit, 11 % auf Kontrolluntersuchungen und 8 % auf Unfälle und Rezepte. In der höchsten Altersgruppe hingegen gingen nur 30 % wegen Krankheit, jedoch 27 % wegen Kontrolluntersuchung und 35 % wegen Rezeptverordnungen und nur 1 % wegen Unfällen zum/zur Allgemeinmedizinerin. Generell spielen bei Männern Besuche wegen Unfällen, hingegen bei Frauen das Verschreiben von Rezepten eine höhere Rolle.

6.2 Allgemeiner Ablauf im Beobachtungsfeld

Die gesamten PatientInnen melden sich bei den beiden Sprechstunden-Hilfskräften mittels e-Card an und werden, sofern sie die Sprechstunde des Arztes aufsuchen wollen, in eine EDV-Warteliste eingetragen. Wenn die PatientInnen ein vertrauliches Gespräch (nur mit dem Arzt, ohne Beisein der Krankenschwestern) wünschen, wird die Behandlung im Behandlungsraum I eingeteilt. Es kam im gesamten Beobachtungszeitraum nur bei vier PatientInnen vor, dass ich gebeten wurde, nicht bei der Untersuchung eines/einer PatientIn anwesend zu sein.

Der Kontakt zum Arzt erfolgt abwechselnd in drei Behandlungsräumen (Behandlungsraum I, Behandlungsraum II/SchmerzpatientInnen, Labor), je nach Bedarf. Sämtliche Behandlungsräume sind mittels Computersystem vernetzt, sodass es jederzeit möglich ist, in die Warteliste, die Krankenakte oder in Befunde Einsicht zu nehmen.

Nicht nur der Arzt selbst, sondern auch das gesamte Ordinationsteam arbeiten unter enormen Druck, wobei vor allem die beiden Sprechstundenhilfen sehr stark dadurch belastet werden, dass sie jeden/jede PatientIn betreuen, also auch die, welche nicht in die Sprechstunde gehen und es einen enormen bürokratischen Aufwand zu erledigen gibt (z. B. EDV-Bearbeitung, Telefonate, Befundkoordination, Nachfragen beim Arzt selbst). Außerdem werden sie durch die PatientInnen direkt mit der Wartesituation konfrontiert, was von Seiten der PatientInnen oft zu emotionalen Reaktionen führt. Dies verstärkt sich, wenn der Arzt während der Sprechstunde zu einem Noteinsatz gerufen wird und sich somit die Wartezeiten für die PatientInnen erheblich verlängern. Der Arzt selbst erlebt diesen Druck der PatientInnen nicht so prägnant. Es ist äußerst selten vorgekommen, dass sich PatientInnen während der Behandlung über die Wartezeiten oder den Ablauf direkt beim Arzt beklagt haben, es ist vielmehr im

Beobachtungsfeld festzustellen gewesen, dass das Verhalten der PatientInnen gegenüber dem Arzt eher unterwürfig – im Sinne von Abgeben der eigenen Verantwortung – bezeichnet werden kann.

Im gesamten Beobachtungszeitraum war jedoch festzustellen, dass die Arbeitssituation und die allgemeinen Bedingungen für den Praktischen Arzt als äußerst belastend einzustufen sind. Es kann nie im Vorhinein gesagt werden, wie lange der Arbeitstag für den Arzt dauert, denn gearbeitet wird so lange, bis der/die letzte PatientIn behandelt ist. Sind zwischendurch Noteinsätze zu machen, verlängert sich der Arbeitstag auf unbestimmte Dauer. Am Nachmittag bzw. am Abend sind dann die Hausbesuche zu erledigen, was ebenso unbestimmte Zeit in Anspruch nimmt. Durch die verantwortungsvolle Tätigkeit eines/einer Arztes/Ärztin wird auch permanente höchste Konzentration vorausgesetzt und abverlangt.

6.3 Verhältnis von sozialarbeiterischen und medizinischen Problemlagen

Die Aufzeichnungen aus der Beobachtungsstudie zeigten, dass 43 % der Personen, welche vom Arzt behandelt wurden, sozialarbeiterische oder zusätzlich sozialarbeiterische Interventionen benötigen würden. 57 % der PatientInnen waren rein medizinisch zu behandeln und es muss auch darauf hingewiesen werden, dass nicht alle PatientInnen von AllgemeinmedizinerInnen sozialarbeiterische Hilfe benötigen.

Im nachfolgenden Kapitel wird jedoch auf die Personengruppe eingegangen, welche sozialarbeiterische Unterstützung benötigen. Die Aufzählungen sind nach der Häufigkeit des Auftretens bzw. Nennungen durch die PatientInnen gereiht.

Die hauptsächlichen sozialarbeiterisch relevanten Problemlagen waren:

l) Einsamkeit bzw. Vereinsamung

Im Beobachtungsfeld war deutlich zu erkennen, dass viele Menschen unter der Tatsache leiden, alleine leben zu müssen und keine oder wenig soziale Bezugspersonen haben. Vor allem ältere Menschen, welche den/die PartnerIn verloren haben,

finden sich in dieser Lebenssituation nicht zurecht. Zusätzlich zum Alleinsein kommt oft die Tatsache, dass sie nun für viele Alltagserledigungen und Aufgaben zuständig sind, welche vormals der/die Partner erledigt hat und dies stellt eine massive Überforderungssituation für die Betroffenen dar. Bedingt durch die oft mangelnde körperliche oder geistige Mobilität sind einfache Tätigkeiten wie zum Beispiel Haushaltsführung, Alltagsbesorgungen oder Bankgeschäfte nicht zu bewältigen.

Dazu führt Thomae (1992:84) aus, dass eine Häufung von Einschränkungen und Belastungen die Auseinandersetzung mit gesundheitlichen Problemen stark erschwert. Erst eine wenigstens teilweise Veränderung der objektiven Lage ermöglicht eine Korrektur der für eine Verbesserung der Gesundheit erforderlichen Einstellung.

„Der Patient ´hat´ nicht ´irgendeine´ Krankheit, sondern er ist krank. Von der Krankheit sind nicht einzelne, von der Person ´losgelöste´ Bereiche betroffen, sondern die ganze Existenz – und zwar in ihren psychischen, sozialen und kulturellen Bezügen.“
(Kruse 1992:93)

Kruse (1992:93f) schreibt überdies, dass von Interesse ist, welche Erfahrungen eine Person in ihrem Lebenslauf bei der Auseinandersetzung mit Belastungen gewonnen hat und in welchem Maße sie früher mit eigenen Krankheiten, aber auch mit Kranksein von nahestehenden Menschen konfrontiert war und welche Einstellungen gegenüber Grenzsituationen des Lebens ausgebildet wurden und so die Überzeugung entstehen konnte, trotz dieser Grenzsituationen ein aufgabenbezogenes, sinnerfülltes Leben führen zu können. Schwere Krankheit gefährdet die Identität einer Person, da der ihr vertraute Umgang mit ihrer Welt gestört bzw. unterbrochen ist und die Anforderungen des Alltags nicht mehr so wie früher erfüllbar sind bzw. die in der Ausübung einzelner Tätigkeiten behindert ist. Dies kann sich zu einer Krise des Subjekts ausweiten. Nach Karen (1992:123-124) bringen Krankheiten für betroffene Menschen nicht nur die Belastung durch körperliche Beschwerden, Schmerzen und Anstrengungen mit sich, sondern auch vor allem psychische und soziale Belastungen, die sich auf Verlust der Autonomie bzw. Selbstständigkeit und auch Einschränkungen im Alltag beziehen. Es kommt zu einem Rückgang der Kontakthäufigkeit, Gefühlen der Isolation oder zu Konflikten mit Angehörigen.

Bei der Geschlechterverteilung überwiegt auch hier der Frauenanteil, jedoch nicht so massiv, wie in der oben angeführten Häufigkeit der Arztbesuche, was damit begründet werden kann, dass Frauen meist auch vor einem Verlust des Partners für die Führung des Haushaltes zuständig waren. Sie erleben das Alleinsein als großes Problem, sind aber oft leichter im Stand, den Alltag zu organisieren. Alleinstehenden älteren Männern wiederum fällt es besonders schwer, den Haushalt zu organisieren. Dies zeigte sich u. a. bei den Hausbesuchen.

Die häufigst genannten Beschwerden dieser Personengruppe waren:

- a) Schmerzen ungeklärter Ursache (z. B. ziehende und wandernde Schmerzen im Bewegungsapparat)
- b) Kreislaufprobleme
- c) Herzprobleme
- d) Rückenschmerzen
- e) Plötzlich auftretende Allergien oder Hautreaktionen

Aber nicht nur bei älteren Menschen, sondern auch bei der jüngeren Generation (30 bis 50-Jährige) stellt die Einsamkeit ein Problem dar, wobei die Geschlechterverteilung beinahe einen Gleichstand zwischen weiblichen und männlichen PatientInnen zeigte.

Die häufigst genannten Beschwerden dieser Personengruppe waren:

- a) Häufig wiederkehrende grippale Infekte
- b) Depressionen
- c) Kreislaufprobleme
- d) Rückenschmerzen
- e) Probleme im Verdauungsapparat

Wie aus nachfolgender Tabelle zu ersehen ist, ist die Zahl von Einpersonenhaushalten 1997 bis 2007 prinzipiell angestiegen. Im Jahr 2007 lebten 1.240.000 Menschen alleine in einem Haushalt.

Privathaushalte 1997 - 2007											
Privathaushalte	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004*)	2005	2006	2007
Haushalte insgesamt (in 1.000)	3.135	3.159	3.202	3.237	3.273	3.314	3.319	3.429	3.475	3.508	3.537
Einpersonenhaushalte	925	939	953	977	1.023	1.060	1.050	1.168	1.198	1.219	1.240
Mehrpersonenhaushalte	2.209	2.220	2.250	2.260	2.251	2.255	2.269	2.261	2.277	2.289	2.297
darunter mit											
2 Personen	891	916	953	975	967	967	973	970	993	1.000	1.008
3 Personen	547	537	536	532	533	542	549	570	564	567	571
4 Personen	486	490	499	493	487	487	488	469	467	468	469
5 Personen	181	175	173	175	174	174	174	172	168	169	167
6 und mehr Personen	104	102	89	86	88	85	86	80	85	85	83
Personen in Privathaushalten	7.880	7.888	7.902	7.920	7.948	7.989	8.023	8.073	8.132	8.182	8.214

Q: STATISTIK AUSTRIA, bis 2003 Mikrozensus (Durchschnitt der Monate März, Juni, September und Dezember); ab 2004 Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung (Durchschnitt aller Wochen eines Jahres bzw. Quartals). Erstellt am: 14.04.2008
*) Zeitreihenbruch.

Tabelle 6: Privathaushalte 1997-2007

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/bevoelkerung/haushalte_familien_lebensformen/haushalte/023298.html, am 04.03.2009

II) Familienbedingte Probleme

Die zweitgrößte Gruppe, welche einer sozialarbeiterischen Intervention bedarf, waren Probleme innerhalb der Familienstrukturen, wobei auffallend ist, dass deutlich mehr Frauen über diese Problematiken mit dem Arzt reden, als Männer. Neben dem Definieren ihrer medizinischen Beschwerden fügten Frauen auch oft dem Arzt gegenüber hinzu, dass sie einen Zusammenhang zwischen ihrem Leiden und ihrer familiären Situation vermuten. Als belastende Familiensituationen wurden von den PatientInnen genannt, wobei die Häufigkeit der Nennungen fast gleich oft auftraten:

- a) Trennung bzw. Scheidung
- b) Alkoholproblematik des Partners (ausschließlich von Frauen genannt)
- c) Pflege eines/einer Angehörigen
- d) Überforderung mit der Kinderbetreuung (ausschließlich von Frauen genannt)

Gerade in Phasen vor, während und nach Trennungen oder Scheidungen waren die PatientInnen vermehrt beim Arzt und haben auch deutliche medizinische Symptome gezeigt (v.a. Depressionen, Schlafstörungen, Herz- und Kreislaufprobleme). Es waren zwar mehr Frauen, welche gerade eine problematische Trennung/Scheidungsphase durchleben müssen, wegen Krankheit beim Arzt, jedoch ist der Unterschied zwischen Männern bzw. Frauen, die im Zuge einer Trennung/Scheidung den Arzt aufsuchen, nicht extrem ausgebildet (55 : 45). Es lässt sich also schlussfolgern, dass sowohl Männer als auch Frauen bei Trennung/Scheidung erhöhter Krankheitswahrscheinlichkeit ausgesetzt sind und auch den Arzt als Vertrauensperson in dieser belastenden Zeit aufsuchen.

Weiters wurde im Beobachtungsfeld festgestellt, dass die Betreuung und Pflege von Kindern bzw. Angehörigen fast ausschließlich von Frauen erledigt wird und diese Frauen sind demnach auch erhöhtem Druck und damit verbunden auch einer höheren Anfälligkeit für Krankheiten ausgesetzt. Ebenso leiden viele Frauen unter den Auswirkungen einer Alkoholkrankheit ihres Partners und empfinden diese Situation als äußerst belastend. Es kam im Beobachtungszeitraum auch vor, dass Frauen den Arzt in der Sprechstunde ersuchten, mit dem Ehemann oder Partner über deren Alkoholkonsum zu sprechen bzw. wurde der Arzt gebeten, den Ehemännern/Partnern gegenüber Entwöhnungen vorzuschlagen.

Zur Thematik Alkoholsucht führt Loviscach (1996:122) aus, dass Alkohol wahrscheinlich die älteste und am weitesten verbreitete Droge mit berauschender Wirkung ist. Das Genussmittel Alkohol ist in unserer Gesellschaft integriert und kann neben einer Abhängigkeit vielfältige seelische, geistige und körperliche Schäden verursachen. Zu Alkoholabhängigen und deren Angehörigen schreibt Rennert (1996:229-232), dass Angehörige von Alkoholabhängigen in unterschiedlichem Ausmaß mitbelastet werden. Der Umgang mit dieser Mitbelastung bzw. Mitbetroffenheit (Co-Abhängigkeit) unterliegt dem Einfluss geschlechtsspezifischer Rollenerwartungen und der jeweiligen Beziehung, in welcher sie zum süchtigen Menschen stehen. Grundsätzlich bringt das Leben mit einem Suchtkranken viel Stress mit sich. Einzelne Familienmitglieder versuchen, sich den Lebensbedingungen anzupassen und entwickeln dabei unterschiedliche Bewältigungsstrategien. Viele Angehörige versuchen, den alkoholkranken Menschen zu kontrollieren. Doch je stärker die Kontrolle ist, desto schmerzlicher werden die Misserfolgserlebnisse erlebt, wenn festgestellt werden muss, dass die ganzen Anstrengungen vergeblich sind. Die Angehörigen empfinden meist dieses

Versagen als ihr eigenes oder als eigene, persönliche Unzulänglichkeit und finden, dass sie sich selber eben noch mehr anstrengen müssen, um das alkoholranke Familienmitglied vom Alkohol wegzubekommen. Damit ist wiederum Angst verbunden, etwas nicht richtig zu machen und sie übernehmen dann für alles die Schuld. Diese Angst empfinden Angehörige oft auch dann noch, wenn sie die Familie schon verlassen haben.

Co-Abhängige (Mitbetroffene durch die Sucht) leiden oft unter mangelndem Selbstwertgefühl. Kinder in Familien, in denen ein Mitglied von Alkoholsucht betroffen ist, verinnerlichen oft die Botschaft, nichts wert zu sein, anders zu sein, eine Zumutung für andere zu sein, da Kinder vor der Begegnung mit dem süchtigen Verhalten keine Gelegenheit haben, Autonomie auszubilden und eigene Bedürfnisse bzw. Gefühle als normale Bestandteile ihres Lebens zu erfahren und sind so die wahren Opfer der Sucht. Eine weitere Gemeinsamkeit von Betroffenen ist die Unterdrückung der eigenen Gefühle. Viele Kränkungen bzw. Enttäuschungen im Zusammenleben mit dem Süchtigen, ständige Angst vor dem, was als nächstes passiert bis hin zu Gewalttätigkeiten, aber auch ständige Konfrontation mit typischen Abwehrmechanismen von süchtigen, Gefühle wie Schuld und Scham – dies alles führt bei Angehörigen zur Abwehr und Unterdrückung der eigenen schmerzlichen Gefühle. Betroffene wollen oft anders sein (z.B. zu viel/zu wenig essen, Rauchen, Trinken, Arbeiten, Sich-um-andere-kümmern, Tabletten, illegale Drogen) und versuchen sich dadurch, zunächst ein besseres Gefühl zu verschaffen. Bleibt jedoch die Ursache des Problems, kann dies zwanghaft werden und ebenfalls zu Suchtverhalten führen.

Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit sind laut der Europäischen Kommission (2005:8) beim Einzelnen und bei der Familie anzusetzen, es ist die Widerstandsfähigkeit zu stärken und Risikofaktoren sind abzubauen. Besondere Priorität soll die Förderung der Gesundheit von Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen haben, da der Zustand der psychischen Gesundheit vor allem in den ersten Lebensjahren ausgebildet wird. Elternarbeit ist in diesem Zusammenhang besonders wichtig.

Insgesamt wurden von den PatientInnen, welche unter familienbedingten Problemen leiden, folgende medizinische Leiden definiert:

- a) Depressionen
- b) Schlafstörungen
- c) Rückenschmerzen
- d) Kopfschmerzen
- e) Herz- und Kreislaufbeschwerden

III) Alkoholproblematik

Nicht nur Angehörige, sondern vor allem auch Personen, welche selber unter Alkoholmissbrauch und Alkoholkrankheit leiden, suchten sehr oft den Hausarzt auf. Neben vielfältigen körperlichen Problemen fällt es ihnen oft schwer, das Alltagsleben zu bewältigen. Bei der Geschlechterverteilung war ein deutliches Mehr an männlichen Patienten zu erkennen. Frauen, welche unter Alkoholabhängigkeit leiden, kamen eher selten (85% zu 15 %), dafür war bei den alkoholkranken Frauen eine deutlichere körperliche Erkennbarkeit der Folgen der Alkoholkrankheit wahrnehmbar.

Ein Grund für die starke Erhöhung des Männeranteiles kann sein, dass eben mehr Männer alkoholkrank sind als Frauen. Bestätigt wird dies durch Institut Suchtprävention PRO MENTE OOE (2004:o.S.), wonach in allen Altersgruppen die männliche Bevölkerung Österreichs mehr als die weibliche trinkt. 75 % der Frauen leben abstinenter oder konsumieren Alkohol nur in nicht gesundheitsgefährdenden Mengen, dieser Anteil ist bei Männern nur mit 45 % anzuführen. Hingegen empfinden 30 % der Männer, aber nur 9 % der Frauen ihr Alkoholkonsum-Verhalten als eindeutig gesundheitsschädigend. Auch Ursache und Verlauf von Alkoholabhängigkeit haben geschlechtsspezifische Unterschiede. Generell ist zu sagen, dass weiblicher Alkoholismus weit seltener ist als männlicher (Verhältnis 4 : 1). Frauen beginnen erst später mit Problemkonsum als Männer, jedoch ist die Suchtentwicklung bei Frauen viel rascher. Das Institut Suchtprävention PRO MENTE OOE (2004:o.S.) geht davon aus, dass ca. fünf Prozent der Österreicher und Österreicherinnen ab dem 16. Lebensjahr als „chronische Alkoholiker“ einzustufen sind. Das sind rund 330.000 Staatsbürger (ein Viertel Frauen – drei Viertel Männer).

Ein weiterer Grund, warum Männer wegen Problemen in Zusammenhang mit Alkohol den Hausarzt öfter aufsuchen als Frauen, könnte sein, dass Männer oft in einem Arbeits- oder Dienstverhältnis stehen und es durch den Alkoholmissbrauch bzw. der körperlichen Schädigung durch den Alkohol oft unmöglich ist, arbeiten zu gehen und es zu Krankschreibungen kommen muss. Der Anteil der erwerbstätigen Frauen ist niedriger als der von Männern und Frauen sind meist für die Führung des Haushaltes und die Betreuung der Kinder zuständig und so ist es leichter möglich, aufgrund Alkoholkrankheit soziale Kontakte zu meiden, wobei das Suchtverhalten eher in den eigenen vier Wänden stattfindet. In diesem Zusammenhang war es im Beobachtungsfeld auch feststellbar, dass Männer eher und auch direkter über ihren Alkoholmissbrauch sprechen als Frauen und es war bei den Frauen eine deutliche Hemmschwelle bzw. ein großes Schamgefühl wahrnehmbar, wenn sie zu ihrem Alkoholkonsum bzw. Alkoholmissbrauch befragt wurden.

Von den PatientInnen, welche an Problemen in Zusammenhang mit Alkoholmissbrauch litten, wurden folgende körperliche Beschwerden genannt:

- a) Herz- und Kreislaufbeschwerden
- b) Ständig wiederkehrende grippale Infekte
- c) Bauchschmerzen
- d) Schlechte Blutwerte – häufigere Blutabnahmen
- e) Depression

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass im Beobachtungsfeld bzw. Beobachtungszeitraum Männer und Frauen den Praktischen Arzt im Zuge der medizinischen Behandlung über Probleme in Zusammenhang mit Einsamkeit bzw. Vereinsamung, wegen familienbedingter Probleme oder wegen Probleme im Zuge von Alkoholkrankheit informiert bzw. zu Rate gezogen haben. Die Anzahl der Männer, welche unter Alkoholsucht und unter den mit dieser Krankheit verbundenen sozialen Problemlagen leiden, ist deutlich höher als die der weiblichen PatientInnen, was vor allem daran liegt, dass Alkoholsucht nach wie vor eher eine Männerdomäne darstellt. Missbrauch von Alkohol wird gesellschaftlich auch bei Männern eher toleriert als bei Frauen, was dazu führt, dass alkoholabhängige Frauen deutlich mehr Scham wegen ihrer Sucht

empfinden als Männer und es ihnen auch viel schwerer fällt, über ihre Problemlage zu reden.

Frauen hingegen leiden öfter unter Einsamkeit und wegen familienbedingter Problemlagen und sehen auch eher einen Zusammenhang zwischen ihrer Krankheit und ihrer Lebenssituation. Auch das Bedürfnis, über ihre nicht medizinischen Problemlagen mit dem Arzt reden zu können, war bei Frauen in diesen beiden Problemgruppen ausgeprägter vorhanden. Es leiden vor allem alte Menschen an Einsamkeit bzw. Vereinsamung, jedoch ist es auch im Beobachtungsfeld und im Beobachtungszeitraum deutlich feststellbar gewesen, dass auch viele jüngere Menschen darunter leiden, dass sie alleine in einem Haushalt leben müssen, was durch die Statistik (siehe Tabelle 6) über die Zunahme der Single-Haushalte auch untermauert wird. Dadurch, dass vor allem die Betreuung und Pflege der Kinder bzw. Angehörigen Aufgabe der Frauen ist, sind diese wegen Krankheiten oft beim Hausarzt. Die Betreuung und Erziehung der Kinder führt bei vielen Müttern oft zu Erschöpfungszuständen und zu damit verbunden Krankheitssymptomen wie Depressionen, Schlafstörungen oder häufig wiederkehrende grippale Infekte. Pflegende Angehörige leiden oft unter Rückenschmerzen, Depressionen oder Kreislaufproblemen.

Depressionen wurden im Beobachtungsfeld und im Beobachtungszeitraum bei allen drei genannten Gruppen durch die PatientInnen dem Arzt gegenüber angeführt. Als weitere Beschwerden wurden vor allem Rückenschmerzen, Herz- und Kreislaufprobleme, Schlafstörungen sowie ständig wiederkehrende grippale Infekte genannt.

Bei allen drei Problemgruppen wurde ein Zusammenhang zwischen ihrem körperlichen Leiden und ihren sozialen Problemlagen deutlich. Auf sozialarbeiterische Interventionen wird im abschließenden Teil „Zusammenfassung und Ausblick“ noch eingegangen werden.

7. Gruppendiskussion

An der Gruppendiskussion im Wartezimmer des Arztes Dr. Reikersdorfer beteiligten sich acht Personen im Alter von 25 bis 70 Jahren. Es waren fünf weibliche und drei männliche TeilnehmerInnen anwesend.

7.1 Allgemeiner Ablauf

Grundsätzlich ist das Wartezimmer ein Ort der Gemeinschaft, aber auch der Diskretion. Der Inhalt der Gespräche zwischen den PatientInnen ist meist auf Krankheit, aber auch auf persönliche bzw. familiäre Gegebenheit zentriert und es entsteht schnell ein „Gemeinschaftsgefühl“, obwohl sich die Wartenden nicht immer kennen und sich oft sogar zum ersten Mal begegnen. Durch die Fluktuation entfernen sich Gesprächsteilnehmer bzw. fügen sich neue hinzu und es wird öffentliches Verhalten mit Intimität verbunden.

Für die Gruppendiskussion wurde ein Montag (08.00 bis 09.00 Uhr) gewählt, da an diesem Tag am Morgen die Blutabnahmen erfolgen und so lange Wartezeiten entstehen. Die Personen befanden sich bereits im Wartezimmer. Von Seiten der Diskussionsleiterin erfolgte eine Vorstellung der eigenen Person, eine kurze Erklärung über den Grund der Erhebungen und es wurde darauf hingewiesen, dass die Daten anonymisiert behandelt werden. Die PatientInnen erklärten sich ausdrücklich bereit, an der Diskussion teilnehmen zu wollen.

Es hat sich im Beobachtungsfeld gezeigt, dass die Situation im Wartezimmer des Arztes eine ganz eigene Dynamik aufweist und dass Personen gerade in diesem Kontext besondere Bereitschaft zum Reden entwickeln und sich sehr aufgeschlossen verhalten.

7.2 Problemlagen

Die Auswertung der Gruppendiskussion hat ergeben, dass PatientInnen durchwegs einen Zusammenhang zwischen Entstehung bzw. Verlauf von Krankheiten und sozialen Lebenslagen sehen. Probleme im familiären bzw. partnerschaftlichen Bereich, aber auch negative Umstände in Zusammenhang mit der Arbeitsplatzsituation werden mit einer körperlichen Erkrankung in Verbindung gebracht. Nach der Europäischen Kommission (2005:8) sollen für Jugendliche und junge Erwachsene positive Rahmenbedingungen in Schulen und Ausbildungsstätten geschaffen werden. Für die arbeitende Bevölkerung wirken sich Stress am Arbeitsplatz, Mobbing oder schlechte räumliche Arbeitsbedingungen negativ auf den Gesundheitszustand aber auch auf die Leistungsfähigkeit aus.

Ältere Personen empfinden Einsamkeit sowohl psychisch als auch physisch als belastend. Einerseits mangelt es an sozialen Kontakten bzw. an Kraft oder Mut, welche herzustellen oder auf welche zurückzugreifen, andererseits besteht oft die Notwendigkeit, Hilfe aus dem Umfeld einzufordern. Da das Bedürfnis bzw. der Wunsch, den Arzt/die Ärztin aufsuchen zu müssen bzw. zu wollen, legitim ist und hohe soziale Akzeptanz aufweist, ist die Hemmschwelle, sich für den Transport bzw. die Begleitung zum/zur ÄrztIn Unterstützung aus dem sozialen Umfeld zu holen, mit niedrig zu bewerten. Das kann ein Grund sein, warum viele Menschen den/die HausärztIn aufsuchen, um im Zuge von medizinischen Behandlungen über soziale Problemlagen reden zu können, denn es ist leichter zu sagen, dass man zum/zur HausärztIn gehen muss, als z. B. zum/zur PsychotherapeutIn oder zu Beratungsstellen.

Zur Förderung des Gesundheitszustandes von älteren Menschen führt die Europäische Kommission (2005:9) an, dass die Alterung der EU-Bevölkerung und die damit verbundenen psychischen Folgen wirksames Handeln erfordert. Das Alter bringt zahlreiche Stressoren (z. B. Verringerung der funktionellen Kapazitäten, soziale Isolation, Altersdepression) und unterstützende Maßnahmen können helfen, diesen Lebensabschnitt positiv zu bewältigen.

7.3 Vertrauensverhältnis und Schweigepflicht

Ein weiterer Grund, mit HausärztInnen über nicht medizinische Probleme zu sprechen ist sicherlich die klar transportierte Schweigepflicht des Arztes/der Ärztin und ist diese elementarer Bestandteil im Vertrauensverhältnis zwischen Arzt/ÄrztIn und PatientIn. Es ist für PatientInnen besonders wichtig, in ungestörter und persönlicher Atmosphäre mit dem/der ÄrztIn reden zu können und es wird als negativ empfunden, wenn unvermittelte Störfaktoren wie z. B. Telefonate oder Unterbrechungen durch in das Behandlungszimmer eintretende Personen stattfinden. Obwohl im Wartezimmer vielfach über die eigene Krankheit oder über persönliche Probleme gesprochen wird und die Hemmschwelle, private Informationen zu teilen sehr hoch ist, ist es den PatientInnen ein besonderes Anliegen, dass während des Aufenthaltes im Behandlungszimmer keine Informationen in angrenzende Räumlichkeiten dringen können. Es erfolgt also ein abrupter Wechsel von öffentlichem zu privatem bzw. persönlichem Verhalten mit dem Wechsel der Örtlichkeit.

7.4 Wartezeit – Behandlungszeit

Die Gruppendiskussion zeigte auch einen Zusammenhang zwischen Wartezeit bzw. PatientInnenanzahl und Verhalten der PatientInnen in der Sprechstunde. Da sich die Wartezeit unproportional zur Behandlungszeit verhält, entwickelt ein Teil der PatientInnen das Gefühl einer Verantwortung gegenüber den restlichen Personen im Wartezimmer. Das führt dazu, dass es ihnen unangenehm ist, längere Zeit als üblich für die eigene Behandlung in Anspruch zu nehmen und so die Wartedauer für die übrigen PatientInnen zu verlängern. Damit in Verbindung zu bringen sind sicherlich auch die räumlichen Gegebenheiten, denn nach der Behandlung ist wiederum das Wartezimmer zu durchschreiten und kommt es somit zu einer Konfrontation mit den noch wartenden PatientInnen, mit denen vor der Behandlung vielfach noch sehr persönliche und vertrauenswürdige Gespräche geführt worden sind. Dies führt bei vielen PatientInnen zu einem „Peinlichkeitsgefühl“, nämlich, dass sie selber für die eigene Behandlung so oder so lange gebraucht haben und um dem vorzubeugen, scheuen sich manche Personen davor, noch weiterführende Fragen an den/die ÄrztIn zu stellen oder genauere Erklärungen einzufordern. Dieses Verhalten ist dem Gesamtverlauf der Behandlung sicher nicht zuträglich.

Zur Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn führt Geisler (2002:4) aus, dass kommunikative Beziehungen die Basis zwischen ÄrztInnen und PatientInnen darstellen. Doch es herrscht Einigkeit, dass in der Alltagspraxis erhebliche kommunikative Defizite bestehen und dass diese Defizite häufig von ÄrztInnen nicht wahrgenommen werden. So wurde darauf hingewiesen, dass zwar der Wunsch nach verständlicher Information bei 90 Prozent der PatientInnen vorhanden ist, jedoch nur bei 30 Prozent der ÄrztInnen dieser Wunsch wahrgenommen wird. Dies führt zu einer Störung der Beziehung zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn und es kann zu mangelnder Compliance, zu einem gestörten Vertrauensverhältnis oder zu Arzt/Ärztinnenwechsel kommen. Ein Grund für den Mangel an Kommunikation von Seiten der ÄrztInnen ist darin zu sehen, dass in der Ausbildung darauf zu wenig geachtet wird. Eine aktuelle Studie an der Universität Göttingen an 700 Studenten belegt, dass es im Laufe des Studiums zu einem Verlust an kommunikativer und psy-

chosozialer Kompetenz kommt und dieser Mangel wird auch von den Studierenden erkannt und beklagt.

8. ExpertInneninterviews

Die Auswertung der ExpertInneninterviews ergab folgende schwerpunktmäßige Ergebnisse:

8.1 ÄrztInnen im Spannungsfeld von dem, was sie tun wollen und dem, was sie tun können

ÄrztInnen sehen ihren Auftrag nicht nur in der Behandlung von körperlichen Beschwerden, sondern - im Sinne einer ganzheitlichen Betreuung (Einbeziehung aller physischen, psychischen und sozialen Aspekte) - auch als Ansprechpersonen für Problemlagen ihrer PatientInnen. Problematisch stufen sie die Tatsache ein, dass sie nur begrenzte zeitliche Ressourcen zur Verfügung haben und so wiederum primär die medizinische Versorgung zu erledigen ist. ÄrztInnen befinden sich im Spannungsfeld zwischen dem, was sie tun wollen und dem, was sie tun können und empfinden diesen Zustand auch als belastend. Wenn nun ein/eine PatientIn mehr Zeit für die Behandlung in Anspruch nimmt, muss nachfolgend diese Zeit wieder hereingearbeitet werden, denn zu arbeiten ist so lange, bis der/die letzte PatientIn versorgt ist, was zu unregelmäßigen Tagesabläufen und sehr langen Arbeitstagen mit wenig Möglichkeiten für Pausen führt. Gerade der/die HausärztIn ist für die ganzheitliche Versorgung zuständig, doch gleichzeitig ist unter diesen Umständen eine ganzheitliche Betreuung fast unmöglich.

8.2 Das Entlohnungssystem der sozialen Krankenversicherungen

Mitverantwortlich für die unbefriedigende Arbeitssituation der AllgemeinmedizinerInnen ist das Entlohnungssystem der sozialen Krankenversicherungen, denn Praktische ÄrztInnen werden letztendlich nach Quantität entlohnt. Das bedeutet, dass nach der Anzahl der behandelten PatientInnen entlohnt wird und nicht nach Dauer oder Qualität der einzelnen Behandlungen bzw. Visiten. So ist es für die ÄrztInnen einerseits notwendig, so viele PatientInnen wie möglich zu behandeln und sich auf deren

vordringliche – vorwiegend medizinische – Problemlagen zu konzentrieren und andererseits stehen dafür aber nur eine begrenzte Anzahl von Arbeitsstunden zur Verfügung.

Zum Entlohnungssystem von niedergelassenen ÄrztInnen führen Hofmarcher/Rack (2006:203-207) aus, dass die meisten Krankenversicherungsträger die Leistungen, die für die Versicherten erbracht werden, nach einem gemischten Honoriersystem abrechnen, in dem Pauschalabrechnungen (Grundleistungsvergütung) und Einzelleistungsvergütung nebeneinander bestehen. Die Abrechnung der von den VertragsärztInnen gestellten Honorare erfolgt mit den „§ 2 Kassen“ (das sind die neun Gebietskrankenkassen, die Betriebskrankenkassen und die Sozialversicherung der Bauern/Bäuerinnen) und mit der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft. Nach § 342 (2) ASVG erfolgt die Vergütung von VertragsärztInnen grundsätzlich nach Einzelleistungen. Die Honorierung von AllgemeinmedizinerInnen besteht zu 68 % aus Grundleistungen, 22 % Einzelleistungen und 10 % sonstigen Leistungen. In einigen Bundesländern ist die Höhe der Grundleistungsvergütung degressiv und abhängig von der Anzahl der verrechneten Positionen in der Abrechnungsperiode. Einzelne Versicherungsträger vergüten die ärztliche Leistung ausschließlich über monatliche Einzelleistungshonorierung. Die Ärztekammer und die Krankenkassen verhandeln regelmäßig die Honorarsätze, wobei die gebrachte Zeit bzw. die Auslastung von Geräten häufigste Streitpunkte in den Verhandlungen sind.

Zur Höhe des Honorars ist außerdem zu sagen, dass dieses nicht mit dem Einkommen gleichzusetzen ist, da daraus der Betrieb der Praxis (Gehälter für Angestellte, Miete, Strom, Betriebskosten, etc.) zu bezahlen ist. Diese Betriebskosten sind von Praxis zu Praxis unterschiedlich und betragen durchschnittlich 50 Prozent.

Letztendlich müssen Praktische ÄrztInnen ihre Ordination nach privatwirtschaftlichen Konzepten führen und stehen so unter dem Druck, kostendeckend zu arbeiten, was aufgrund des Kassenvertrages bedeutet, so viele PatientInnen wie möglich in kurzer Zeit zu betreuen bzw. zu behandeln. Andererseits sehen sich die HausärztInnen auch als Ansprechperson für nicht medizinische Probleme ihrer PatientInnen und wollen diesen Auftrag auch gerne wahrnehmen, doch ist dies aufgrund zeitlicher und persönlicher Ressourcen fast nicht möglich. Diese für die ÄrztInnen, aber auch für die PatientInnen unbefriedigende Situation begünstigt bei Praktischen ÄrztInnen die Entstehung von Burn-out-Symptomen oder können zu Resignation führen und die

PatientInnen wiederum können sich als unzureichend betreut wahrgenommen fühlen, was sich äußerst negativ auf das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn auswirkt und oftmals auch zum Wechsel des/der HausärztIn führt.

8.3 Einschätzung der ÄrztInnen bezüglich ihrer PatientInnen

Die befragten ÄrztInnen gaben an, dass sie den Anteil ihrer PatientInnen, welche über die medizinische Betreuung hinausgehende Unterstützung benötigen, mit ca. 50 Prozent beurteilen. Sehr oft stellt sich im Zuge der medizinischen Versorgung heraus, dass die behandelte Person nur primär oder somatisiert an einer Krankheit leidet und eine für diese Krankheit zuträgliche, belastende Lebenssituation besteht. Als Probleme, die oft hinter einer Krankheit stehen, wurden genannt:

- Einsamkeit
- Alkoholproblematik bzw. Suchtverhalten
- Druck am Arbeitsplatz
- Gewaltprobleme (oft auch bei älteren Menschen)
- Probleme im sozialen Umfeld

Die ÄrztInnen gaben weiters an, dass ihrer Meinung nach viele ihrer PatientInnen trotz Erklärungen nicht im Stande sind, den Behandlungsverlauf oder die korrekte Einnahme der verordneten Medikation zu bewältigen bzw. mit bürokratischen Gegebenheiten klarzukommen. So entstehen für die ÄrztInnen bzw. das Ordinationsteam zusätzliche Aufgaben, die grundsätzlich nicht in deren Tätigkeitsfeld fallen, wie etwa Formulare (z. B. Formular für Kostenrückvergütung) oder Anträge (z.B. Anträge für Heilmittelbeihilfe, Pensionsanträge) ausfüllen oder im Nachhinein (ohne das Kind überhaupt gesehen zu haben) Entschuldigungen für Schulkinder ausstellen, obwohl dies eigentlich Aufgabe der Eltern wäre, doch ist dies für viele Schulen nicht ausreichend.

Es wurde auch geäußert, dass in Bezug auf das Umgehen mit Krankheit im eigentlichen Sinn eine Wandlung vollzogen wird. Kranksein wird oft von den PatientInnen als Unzulänglichkeit oder Versagen definiert. Gerade, wenn Kinder krank sind, löst das bei den Familien Chaos oder Stress aus, denn es ist dann oft nicht geklärt, wer das kranke Kind nun betreuen kann oder soll. Dies wirkt sich wiederum auf das Kind

und dessen Zugang zum Kranksein aus, denn es entwickelt dadurch Schuldgefühle, für die Störung des Familienalltages verantwortlich zu sein, was wiederum für die zukünftige Einstellung und den Umgang mit Krankheit prägend ist.

Als besonders wichtig und schützenswert beurteilten die ExpertInnen das Vertrauensverhältnis zwischen ÄrztInnen und PatientInnen, da dies eine wichtige Grundlage für ihr Arbeiten darstellt. Die befragten ÄrztInnen gaben an, dass ihre Arbeit bzw. ihre Stellung durch die mediale Vermittlung in Bezug auf Einsparungsmaßnahmen der Regierung sehr geschmälert wird. Sie sehen dadurch unter anderem dieses Vertrauensverhältnis als bedroht an, da über Medien unterschwellig vermittelt wird, ÄrztInnen seien nur an der Sicherung ihrer eigenen Existenz interessiert bzw. gegenüber Pharmazeutischen Betrieben käuflich.

Geisler (2002:1f) führt aus, dass sich das Arzt-PatientInnen-Verhältnis wegen technologischen Errungenschaften, gesellschaftlichen Einflüssen und ökonomischen Rahmenbedingungen im Wandel befindet. Der klassische Heil Auftrag wird immer mehr zugunsten einer Kunden-Leistungserbringer-Konstellation aufgeweicht. Teilweise wird das alte Vertrauensverhältnis von einem Vertragsverhältnis mit genau definiertem Leistungsumfang abgelöst – Patienten werden zu Kunden, ÄrztInnen zu DienstleisterInnen und so entspricht der gegenseitige Umgang häufig dem von miss-trauischen GeschäftspartnerInnen. Das Beziehungsgeflecht zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn ist ein zirkulärer Prozess und resultieren daraus ärztliche Entscheidungen und Handlungen.

Geisler (2002:3) geht davon aus, dass eine als idealtypische symmetrische Arzt/Ärztinnen-PatientInnen-Beziehung nur selten existiert, so zeigte die Analyse von Visitengesprächen, dass ÄrztInnen ca. einen 80prozentigen Gesprächsanteil gegenüber PatientInnen haben. Es wird auch in Frage gestellt, ob von PatientInnenseite überhaupt eine Symetrie durchgehend erwünscht ist und die Selbstbestimmung hinsichtlich wachsender Undurchschaubarkeit diagnostischer und therapeutischer Eingriffe ist fraglich.

8.4 Wunsch nach Zusammenarbeit bzw. Vernetzung

Ein weiteres Ergebnis der Befragung zeigte, dass von Seiten der Praktischen ÄrztInnen ein Bedürfnis nach Zusammenarbeit und Vernetzung mit anderen Helfersystemen besteht.

Die bisherige Form einer Zusammenarbeit gestaltet sich nur dahingehend, dass die PatientInnen von HausärztInnen nach Bedarf an andere FachärztInnen bzw. Krankenhäusern mittels Überweisung bzw. Einweisungen weitergeleitet werden. Ein direkter Kontakt zwischen AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen bzw. Krankenhäusern erfolgt üblicherweise nicht.

Bei der Befragung der HausärztInnen wurde deutlich, dass diese an einer Zusammenarbeit mit anderen, im medizinischen und sozialen Kontext hilfreichen Professionen großes Interesse hätten, da es bisher üblich ist, eher als EinzelkämpferIn die Arbeit zu verrichten. Gerade bei der Betreuung von zeitaufwändigen PatientInnen, welche neben medizinischer auch soziale Unterstützung benötigen, wäre es für die ÄrztInnen hilfreich und entlastend, wenn diese sicher von Hand zu Hand in dementsprechende Hilfssysteme weitergereicht werden könnten und es einen direkten und regelmäßigen Austausch zwischen AllgemeinmedizinerInnen und dem jeweiligen Hilfssystem geben würde. Als unterstützende Professionen, mit denen eine Zusammenarbeit wünschenswert wäre, wurden genannt:

- Psychotherapeuten/Psychologen
- Sozialarbeiter bzw. Beratungsstellen
- Heimhilfen bzw. Pflegedienste

So wäre es möglich, den/die PatientIn je nach Problemlage die bestmögliche Unterstützung zukommen zu lassen und andererseits hätten die ÄrztInnen die Gewissheit, ihrem Auftrag entsprechend, dem/der PatientIn eine ganzheitliche Betreuung zu gewährleisten und gleichzeitig das Arzt/ÄrztInnen und PatientInnen-Verhältnis zu stärken.

9. Zusammenfassung und Ausblick

Ausgangspunkt der empirischen Forschung für diese Arbeit war die Annahme, dass PatientInnen im Hausarzt/in der Hausärztin eine Ansprechperson bei sozialen Problemlagen sehen und unbewusst oder bewusst Beschwerden formulieren, um mit dem/der HausärztIn über nicht medizinische Probleme in geschützter Umgebung reden zu können. Weiters ist davon ausgegangen worden, dass HausärztInnen wegen fehlender zeitlicher Ressourcen oft nicht in der Lage sind, sich um soziale Problemlagen ihrer PatientInnen zu kümmern. Diese Annahmen konnten durch diese Forschungsarbeit verifiziert werden.

Bezugnehmend auf die Forschungsfrage, welche Art sozialarbeiterischer Unterstützung PatientInnen von Praktischen ÄrztInnen benötigen bzw. wie diese Unterstützung strukturiert sein soll, können folgende Aussagen getroffen werden:

Es ist so, dass es sich im Beobachtungsfeld bzw. Beobachtungszeitraum zeigte, dass beinahe die Hälfte der PatientInnen sozialarbeiterische Unterstützung benötigen würden. Wesentliche Problemfelder der PatientInnen von Praktischen ÄrztInnen sind Einsamkeit bzw. Vereinsamung, familienbedingte Probleme sowie Probleme im Zusammenhang mit Alkoholkrankheit.

Gerade die Beobachtungsstudie hat gezeigt, dass viele PatientInnen, welche sozialen Problemlagen ausgesetzt sind, an Depressionen leiden. Dazu führt die Europäische Kommission (2005:9-10) aus, dass diese Krankheit eine der schwerwiegendsten Gesundheitsprobleme in der EU darstellt wobei die Schaffung von regionalen Netzwerken und Hilfestellung auf breiter Ebene eine wirkungsvolle Hilfe für Menschen, die an Depressionen leiden, darstellt.

Die Ergebnisse der Feldforschung wurden durch Aussagen in den ExpertInneninterviews bestätigt und es kann gesagt werden, dass Praktische ÄrztInnen durchaus nichtmedizinische Problemlagen ihrer PatientInnen wahrnehmen.

Besonders deutlich geht aus der Auswertung der Gruppendiskussion hervor, dass sich die Situation im Wartezimmer des Arztes/der Ärztin so darstellt, dass die wartenden PatientInnen besonders große Bereitschaft zum Austausch zeigen und selbst unbekanntem Personen sehr persönliche Details erzählen. Dies ist auch damit zu er-

klären, dass der geschützte Rahmen, der für das Sprechzimmer von HausärztInnen impliziert angenommen wird, weiterreichende Wirkung aufweist. Es ist auch so, dass die PatientInnen einen Zusammenhang zwischen Kranksein und sozialen Problemen sehen. Es konnte anhand der Gruppendiskussion auch festgestellt werden, dass es durchaus eine Hemmschwelle gibt, Beratungsstellen aufzusuchen, da damit eine Rechtfertigungsnotwendigkeit gegenüber dem sozialen Umfeld verbunden wird. Daher ist davon auszugehen, dass Personen wegen sozialer Probleme den/die Hausarzt/Hausärztin aufsuchen, anstatt sich an dementsprechende Hilfseinrichtungen zu wenden.

Es wurde auch deutlich, dass es zu Kommunikationsstörungen zwischen ÄrztInnen und PatientInnen kommt. Einerseits fällt es manchen PatientInnen schwer, die Komplexität medizinischer Interventionen zu verstehen und sie scheuen sich davor, genauer nachzufragen, andererseits stehen ÄrztInnen aufgrund der großen PatientInnenanzahl unter enormem Zeitdruck und gehen diese davon aus, dass von ihrer Seite aus klar kommuniziert wurde, doch ist von beiden Seiten ein spürbares Unbehagen wahrnehmbar.

Da sich die Handlungsfelder bzw. Arbeitsansätze von SozialarbeiterInnen mit den Problemlagen von PatientInnen bzw. Arbeitsprofilen von Praktischen ÄrztInnen überschneiden, wäre eine Zusammenarbeit zwischen SozialarbeiterInnen mit Praktischen ÄrztInnen sinnvoll und würde zu einer Entlastung für die ÄrztInnen führen. Überdies ist es so, dass der/die ÄrztIn die Ordination nach Wirtschaftlichkeit betreiben muss und so wäre eine bessere PatientInnenorientierung und eine Differenzierung von anderen AllgemeinmedizinerInnen möglich, was die Attraktivität der Ordination und letztendlich die Wettbewerbsfähigkeit erhöhen würde.

Durch das Anbieten von sozialarbeiterischen Leistungen in einer Ordination des Allgemeinmediziners würden die PatientInnen dahingehend große Vorteile haben, da es so möglich wäre, ihnen eine adäquate, bedarfsorientierte Hilfe zukommen zu lassen.

Diese Zusammenarbeit wäre so zu gestalten, dass an bestimmten Tagen eine SozialarbeiterIn in der Ordination des/der Hausarztes/Hausärztin anwesend ist und so die PatientInnen direkt vom Arzt/von der Ärztin übernehmen könnte, um dann in weiterer Folge ein vertrauensvolles Arbeitsverhältnis aufzubauen. Unterstützend hierbei ist die

große Kommunikationsbereitschaft der PatientInnen in der Ordination von AllgemeinmedizinerInnen und das Bewusstsein der PatientInnen über Schweigepflicht und Anonymität. So wäre es möglich, die Hemmschwelle der „sozialen Kontrolle“ zu überwinden und KlientInnen zu erfassen, die zwar die Unterstützung durch Sozialarbeit benötigen, aber denen es aufgrund sozialer Kontrolle nicht möglich ist, diese einzufordern.

Die hauptsächlichen Aufgaben bzw. Interventionsmöglichkeiten eines/einer SozialarbeiterIn in der Ordination des/der Allgemeinmediziners/Allgemeinmedizinerin wären

- Beratung (Hilfestellung notwendig, um Möglichkeiten optimal nutzen zu können und vorhandene Strukturen fördern zu können.)
- Begleitung (Hilfestellung, um unabänderliche Problemlagen erträglich(er) zu machen, Systemstabilisierung des Systems.)
- Krisenintervention (Hilfestellung bei unvermittelt eintretenden Krisensituationen wie etwa Tod oder schwere Krankheit einer nahestehenden Person oder bei Diagnosen von schweren, lebensbedrohlichen Krankheiten.)
- Vermittlung (Hilfestellung, um zu passenden Hilfssystemen bzw. Beratungseinrichtungen gelangen zu können, Erweiterung des Systems.)

Um das Hilfsangebot bestmöglich zu gestalten, wäre es von Vorteil, wenn SozialarbeiterInnen, welche in der Ordination des/der Praktischen ÄrztIn tätig sind, zusätzlich zur sozialarbeiterischen Ausbildung auch über eine Psychotherapieausbildung verfügen würden.

Es wäre sinnvoll, weiterführende Forschungsarbeit in diesem Bereich durchzuführen. Dies wäre im Zuge eines längerfristig angelegten Projektes möglich und so könnten Detailergebnisse dieser Arbeit herangezogen und einer neuerlichen bzw. tiefgreifenden Forschung unterzogen werden. Es wäre u. a. notwendig, Erhebungen bezüglich der finanziellen Auswirkungen auf das Gesundheitswesen durch sozialarbeiterische Interventionen in einer Ordination des Allgemeinmediziners durchzuführen. Es könnte die Frage beantwortet werden, ob die PatientInnen dadurch weniger oft krank sind, schneller gesund werden oder ob hinsichtlich der Medikation eine Entlastung für das Gesundheitssystem möglich wäre.

Bereiche, welche einer neuerlichen Betrachtung bedürfen, wären auch die großen Personengruppen, welche zwar die Ordination des/der Praktischen ÄrztIn aufsuchen, jedoch nicht in die Sprechstunde gehen.

Außerdem ist es von weiterem Forschungsinteresse, Untersuchungen bei Ordinationen von Fachärzten durchzuführen, um dort die Situation der Ärzte bzw. der PatientInnen zu beleuchten. Man könnte sich konzentriert einer Gruppe zuwenden und zum Beispiel auf Problemlagen von Patientinnen der FrauenärztInnen eingehen, um genderspezifische Unterschiede besser herausarbeiten zu können.

Es ist zu wünschen, dass diese Arbeit in die Entscheidungskriterien der Politik zur Verbesserung der Lage von PatientInnen, aber auch der von Praktischen ÄrztInnen Eingang findet und dementsprechend publiziert wird.

„Es gibt viele Krankheiten, jedoch nur eine Gesundheit.“

Johann Reikersdorfer, Gemeindefarzt, November 2008

Literatur

Antonovsky, Aron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Ausgabe von A. Franke. Tübingen

Ärztelkammer für Wien. Ausbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin, Definition (o.J.): <http://www.aekwien.or.at/252.html#0> am 05.08.2008

Atteslander, Peter (2008): Methoden der empirischen Sozialforschung. 12. Auflage. Berlin

Buchinger, Erwin (2008): Armut als Gesundheitsrisiko. In: SIO Sozialarbeit in Oesterreich, Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik, Ausgabe 2/08, Wien

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Wien

European Communities (2005): Green Paper. Improving the mental health of the population: Towards a strategy on mental health for the European Union. 14.10.2005 COM(2005)484. Brüssels, http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf, am 25.3.2009

Friebertshäuser, Barbara (1997): Feldforschung und teilnehmende Beobachtung. In: Friebertshäuser, Barbara/Prenzel Annedore (2003): Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft. Weinheim und München

Geisler, Linus (2002): Arzt-Patient-Beziehung im Wandel – Stärkung des dialogischen Prinzips. Beitrag im Abschlussbericht der Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ vom 14.05.2002, S. 216-220, <http://www.linus-geisler.de/art2002/dd/0514enquete-dialogisches.pdf>, am 06.05.2009

Girtler, Roland (1984): Methoden der qualitativen Sozialforschung. Anleitung zur Feldarbeit. Band 1. Wien

Glaser, Barney/Strauss, Anselm (1998): Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle

Hofmarcher, Maria M./Rack, Herta M. (2006): Gesundheitssysteme im Wandel. Österreich. Weltgesundheitsorganisation im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik 2006. Berlin

Homfeld, Hans Günther/Sting, Stephan (2006): Soziale Arbeit und Gesundheit. Eine Einführung. München

Hünersdorf, Bettina/Huber, Sven (2006): Gesundheit fordern und fördern. Die Rolle der Sozialen Arbeit in der aktuellen Gesundheits- und Sozialpolitik. In: Sozial Aktuell. Die Fachzeitschrift für Soziale Arbeit. Nr. 7/8 Juli/August 2008, AvenirSocial, Professionelle Soziale Arbeit Schweiz, Bern

Institut Suchtprävention PRO MENTE OOE (2004): Alkoholkonsum und Alkoholismus in Österreich, <http://www.praevention.at/seiten/index.php/nav.152/view.156/level.4/>, am 04.03.2009

Karen, Arnold (1992): Gesundheitserleben und –verhalten älterer Menschen. In: Kaiser, Heinz Jürgen (Hrsg.) (1992): Der ältere Mensch – wie er denkt und handelt. 1. Auflage. Liebfeld/Bern

Kokko, Marja-Liisa et al. (1997): Soziale Arbeit in Finnland. In: Puhl, Rita/Maas Udo (Hrsg.) (1997): Soziale Arbeit in Europa. Organisationsstrukturen, Arbeitsfelder und Methoden im Vergleich. Weinheim und München

Kruse, Andreas (1992): Lebenskrisen und die Bewältigung gesundheitlicher Belastungen. In: Kaiser, Heinz Jürgen (Hrsg.) (1992): Der ältere Mensch – wie er denkt und handelt. 1. Auflage. Liebfeld/Bern

Loviscach, Peter (1996): Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Sucht. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau

Martin, Ernst/Wawrinowski, Uwe (2000): Beobachtungslehre. Theorie und Praxis reflektierter Beobachtung und Beurteilung. Grundlagentexte Soziale Berufe. 3. Auflage. Weinheim

Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. Auflage. Weinheim und Basel

ÖGAM, Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin (o.J.): <http://www.mein-arzt.org/c2/page.asp?id=61> am 01.08.2008

Ortmann, Karlheinz (2008): Entwicklungen und Potentiale der gesundheitsbezogenen Sozialarbeit. In: SIO Sozialarbeit in Oesterreich, Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik, Ausgabe 2/08, Wien

Otte, Carsten/Antskog Dietrich, Ann-Marie (1997): Soziale Arbeit in Schweden. In: Puhl, Rita/Maas Udo (Hrsg.) (1997): Soziale Arbeit in Europa. Organisationsstrukturen, Arbeitsfelder und Methoden im Vergleich. Weinheim und München

Preusker, Uwe K. (2007): Priorisierung statt verdeckter Rationierung. In: Deutsches Ärzteblatt. Jg. 104, Heft 14, 6. April 2007, Köln

Redelsteiner, Christoph (2008): Das Gesundheitswesen auf dem Weg zum Gesundheitssystem? In: SIO Sozialarbeit in Oesterreich, Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik, Ausgabe 2/08, Wien

Rennert, Monika (1996): Alkoholabhängige und ihre Angehörigen. In: Deutsche Hauptstelle gegen Suchtgefahren (Hrsg.) (1996): Alkohol Konsum und Missbrauch. Alkoholismus Therapie und Hilfe, Schriftenreihe zum Problem der Suchtgefahren, Band 38, Freiburg im Breisgau

Robert-Koch-Institut (Hrsg) (2003): Arbeitslosigkeit und Gesundheit, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 13, Berlin

Robert-Koch-Institut (Hrsg) (2003a): Gesundheit alleinerziehender Mütter und Väter, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 14, Berlin

Sachsse, Christoph (1994): Mütterlichkeit als Beruf. Sozialarbeit, Sozialreform und Frauenbewegung 1871 – 1929, Opladen

Stackelbeck, Martina (2003): ExpertInneninterviews zur Wirkung von Langzeitarbeitslosigkeit. In: Katenkamp, Olaf/Kopp, Ralf/Schröder, Antonius (2003): Praxishandbuch: Empirische Sozialforschung. Band 44, Münster

Statistik Austria (2008): Ambulante Versorgung, Allgemeinmediziner oder Allgemeinmedizinerinnen

http://www.statistik.at/web_de/statistiken/gesundheit/gesundheitsversorgung/ambulante_versorgung/index.html, am 22.02.2009

Statistik Austria (2008): Berechnung des vorläufigen Bevölkerungsstandes 31.10.2008 nach Gemeinden

http://www.statistik.at/web_de/suchergebnisse/index.html, am 07.03.2009

Strauss, Anselm/Corbin, Juliet (1996): Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung, Weinheim

Thomae, Hans (1992): Eine psychologische Theorie der Anpassung an das Alter. In: Kaiser, Heinz Jürgen (Hrsg.) (1992): Der ältere Mensch – wie er denkt und handelt. 1. Auflage. Liebfeld/Bern

Trojan, Alf/Hildebrandt, Helmut (1989): Konzeptionelle Überlegungen zu gesundheitsbezogener Netzwerkförderung auf lokaler Ebene. In: Stark, Wolfgang (Hrsg.) (1989): Lebensweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung. Konzepte und Strategien für die psychosoziale Praxis. Freiburg im Breisgau

Universität Augsburg, Gesundheitsmanagement (2007):

http://www.uni-augsburg.de/projekte/gesundheitsmanagement/gesundheit_krankheit/

am 05.08.2008

Weller, Cornelia (2008): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. In: Sozial Aktuell. Die Fachzeitschrift für Soziale Arbeit. Nr. 7/8 Juli/August 2008, AvenirSocial, Professionelle Soziale Arbeit Schweiz, Bern

WONCA Europe, World family Doctors. Caring for people. Die europäische Definition für Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin (2002):

http://www.woncaeurope.org/Web%20documents/European%20Definition%20of%20family%20medicine/EUROPAISCHE_DEFINITION%20DER_ALLGEMEINMEDIZIN_HAUSARZTMEDIZIN.pdf

am 11.11.2008

Tabellenverzeichnis

<u>Tabelle 1</u> : Ergebnisse subjektiv empfundener Gesundheitszustand 2006/07, 1999, 1991	6
<u>Tabelle 2</u> : Ergebnisse Lebenserwartung im Überblick 1991 bis 2006	7
<u>Tabelle 3</u> : Häufigkeit der Besuche der Bevölkerung beim Arzt für Allgemeinmedizin 1999	35
<u>Tabelle 4</u> : Häufigkeit der männlichen Bevölkerung beim Arzt für Allgemeinmedizin 1999	36
<u>Tabelle 5</u> : Häufigkeit der weiblichen Bevölkerung beim Arzt für Allgemeinmedizin 1999	36
<u>Tabelle 6</u> : Privathaushalte 1997 – 2007	41

Abkürzungsverzeichnis

ÄAO	Ärzte-Ausbildungsordnung
Abb.	Abbildung
ASVG	Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa/zirka
EC	Europäische Kommission/European Commission
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
et al.	und andere (et alii-Maskulinum/et aliae-Femininum)
etc.	et cetera
EU	Europäische Union
Hrsg.	Herausgeber
o. a.	oben angeführt
ÖGAM	Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
SOC	sense of coherence (Kohärenzgefühl)
StVO	Straßenverkehrsordnung
u. a.	unter anderem
WHO	World Health Organisation
WONCA	World Organisation of Family Doctors
z. B.	zum Beispiel
zit. in	zitiert in

Anhang A)

Beobachtungsraster (verkleinert dargestellt)

Nr.	Geschl. Alter	Presented Problem	Protected Problem	Soz. Ex/ Inklusion	Visuelle Diagnose	Intervention Sozialarbeit	Auffälligkeiten Sonstiges	Anmerkungen

Anhang B)

Leitfaden Gruppendiskussion

Grundsätzlich:

(Vorstellung und Auskunft über den Anlass der Diskussion)

- a) Bedanken für die Teilnahme an der Gruppendiskussion
- b) eigene Vorstellung, Vorstellen der 2. Person, die mitprotokolliert
- c) Hinweis auf die Anonymität
- d) Diskussion durchführen, Ende einleiten
- e) Beteiligte fragen, ob sie noch gerne abschließend ein Statement abgeben wollen
- f) Diskussion beenden, nochmals für die Teilnahme bedanken

Fragen:

„Gibt es neben Ihrer Krankheit andere Schwierigkeiten in Ihrem Leben?“

„Was könnte mit Ihrer Krankheit in Verbindung stehen?“

„Wenn die Leute wüssten, welche Unterstützung (über die medizinische Unterstützung hinausgehend) es gäbe, wären sie vielleicht nicht beim Arzt?“

Sätze anfangen und von den Teilnehmern beenden lassen:

„Wenn ich zum Arzt gehe, beschäftigt mich die Frage“

„Wenn ich im Wartezimmer sitze, denke ich an,.....“

„Wenn ich an die letzte Sprechstunde denke, hat mir gefehlt,.....“

„Wenn ich aus der Ordination hinausgehe, bin ich“

Erst im Laufe des Gesprächs soziale Probleme ansprechen.

Anhang C)

Leitfaden für ExpertInneninterview

Türöffnerfragen:

(Vorstellung und Auskunft über den Anlass der Befragung)

- g) eigene Vorstellung
- h) Vorstellung des Diplomthemas
- i) Bedanken für das Interview
- j) Kurze Beschreibung, wieso und wie ich gerade an sie/ihn gekommen bin
- k) Hinweis auf die Anonymität
- l) Frage um Erlaubnis, das Interview aufzeichnen zu dürfen und erklären, warum das Tonband notwendig ist („Das Tonband dient nur zur Unterstützung der eigenen Aufzeichnungen, denn so kann man sich besser auf das Gespräch und auf die Antworten konzentrieren.“)
- m) Tonband nun einschalten, Name, Datum, Ort, Teilnehmer raufsprechen

Nach Dauer und Ort der ärztlichen Tätigkeit fragen.

Mundöffnerfragen:

„Was sind Ihrer Wahrnehmung nach die größten nicht medizinischen Probleme Ihrer PatientInnen?“

„Wie viele Ihrer PatientInnen würden nicht medizinische, sondern soziale Unterstützung benötigen?“

Problemfrage:

„Wie denken Sie darüber, dass PatientInnen zu Ihnen kommen, weil sie sich in sozial problematischen Situationen befinden?“

Ideenfragen:

„Haben Sie sich selber schon Gedanken in Richtung zusätzliche Beratungsunterstützung gemacht?“

„Welche Unterstützung würden Sie konkret benötigen?“

Aktionsfragen:

„Wenn Sie etwas zu bestimmen hätten, was würden Sie tun?“

„Mit wem gemeinsam würden Sie gerne diese Situation verändern?“

Abschluss:

„Gibt es sonst noch irgendwas, was Sie gerne anmerken möchten?“

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Gertrude Grießler, geboren am 20. Oktober 1967 in Ybbs/Donau, erkläre,

1. dass ich diese Diplomarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Diplomarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Pöchlarn, am 10. April 2009

Unterschrift

