

# Die Rolle des Hausarztes in der kommunalen Gesundheitsförderung

## Eine qualitative Studie

### Hintergrund und Fragestellung

In einer Gesellschaft des längeren Lebens kommt der Prävention und lebensphasenspezifischen Gesundheitsförderung eine zunehmend große Bedeutung zu. Der Hausarzt spielt dabei für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung eine zentrale Rolle. Der Arbeitsauftrag der Allgemeinmedizin beinhaltet u. a. die „Gesundheitsbildungsfunktion, insbesondere Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung für den Einzelnen wie auch in der Gemeinde“ [13]. Dabei steht bei der Gesundheitsförderung die Ressourcenorientierung im Mittelpunkt, welche auf die individuellen Ressourcen („innere Potenziale“) eines Patienten fokussiert. Diesem Modell liegt u. a. das Konzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky zugrunde [3].

Eine Möglichkeit, die Ressourcen von Patienten zu stärken und ihr alltägliches Umfeld mit einzubeziehen, stellt das Setting der Gemeinde bzw. die kommunale Gesundheitsförderung dar. Hierzu zählen Angebote innerhalb sozialer Einheiten bzw. Institutionen wie beispielsweise Stadtteile, Selbsthilfegruppen und Sportvereine. Für das Gelingen einer kommunalen Gesundheitsförderung spielen u. a. Hausärzte eine wichtige Rolle, da sie von einem Großteil der Gemeindemitglieder regelmäßig kontaktiert werden [11]. Außerdem wissen Hausärzte viel über die Lebensbedingungen ihrer Patienten und können somit mögliche Schutz- und Belastungsfaktoren identifizieren und individuell für jeden Patienten in die Behand-

lung einbringen. Dies kann auch im Rahmen gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen innerhalb einer Gemeinde geschehen. Darüber hinaus können Hausärzte mit anderen Kollegen oder kommunalen Einrichtungen Zusammenschlüsse bilden [21], die das Gelingen maßgeblich beeinflussen können.

In der Vergangenheit waren Kooperationen von Hausärzten mit der Gemeinde eher eine Seltenheit, werden aber in Zukunft für die Entwicklung von lokalen Gesundheitsinitiativen entscheidend sein [18]. Bislang gibt es wenige Studien über die Einbeziehung von kommunalen Ressourcen in die hausärztliche Tätigkeit bzw. die Nutzung kommunaler Strukturen.

Ziel der vorliegenden Studie war es darum, eine Vorstellung davon zu bekommen, welche Rolle Hausärzte innerhalb der kommunalen Gesundheitsförderung aus ihrer Sicht bereits einnehmen und inwiefern ressourcenorientierte Ansätze in der Gemeinde umgesetzt werden können. Es sollen vorhandene Barrieren untersucht sowie ein mögliches Verbesserungspotenzial aufgezeigt werden.

### Methodik

Es wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt [7], um individuelle Erfahrungen, Gefühle, Meinungen und ein tiefgründiges Verständnis für die Thematik zu gewinnen [15]. Die Methode der Telefoninterviews ermöglichte dabei eine bundesweite Rekrutierung. Die vorliegende Studie entstand im Rahmen des Kompetenzzentrums Allgemeinmedizin, welches

vom Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst Baden-Württemberg gefördert wurde ([www.kompetenzzentrum-allgemeinmedizin.de](http://www.kompetenzzentrum-allgemeinmedizin.de)) und erhielt ihre Genehmigung von der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Heidelberg (Antragsnummer S-154/2011).

### Rekrutierung

Ärzte, die an einem Qualitätszirkel innerhalb eines Forschungsprojekts (gesundheitsfördernde Praxen) in den Jahren 2002 bis 2005 teilgenommen hatten (12 Einladungen), sowie Teilnehmer eines allgemeinmedizinischen E-Mail-Listservers (300 Einladungen) wurden zur Teilnahme aufgefordert. Darüber hinaus wurden weitere Interviewteilnehmer aus dem Kollektiv der Lehrpraxen der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg rekrutiert.

### Leitfadenentwicklung

Die Interviews wurden anhand eines halb standardisierten Interviewleitfadens durchgeführt. Grundlage dafür bildete eine intensive Literaturrecherche sowie eine Diskussion im Vorfeld. Zur Überprüfung und Finalisierung dienten zwei Pilotinterviews.

Der vorliegenden Analyse lagen folgende Fragen zugrunde:

- Inwiefern kann man ressourcenorientierte Ansätze in der Gemeinde umsetzen?

| Tab. 1 Soziodemographische Daten der Teilnehmer (n = 18 <sup>a</sup> )  |          |              |
|---|----------|--------------|
| Geschlecht  | Weiblich | 2            |
|   | Männlich | 16           |
| Alter [Jahre (Mittelwert, Altersspanne)]  |          | 55,7 (45–67) |
| Niederlassungszeit [Jahre (Mittelwert, Altersspanne)]   |          | 20,4 (1–37)  |
| <b>Art der Praxis</b>   |          |              |
| Einzelpraxis  |          | 6            |
| Gemeinschaftspraxis   |          | 10           |
| <b>Ort der Praxis</b>   |          |              |
| Stadt (> 20.000 Einwohner)  |          | 5            |
| Kleinstadt (< 20.000 Einwohner)   |          | 4            |
| Ländlicher Raum (< 5000 Einwohner)  |          | 7            |
| <sup>a</sup> Die soziodemographischen Daten lagen nur von 18 Teilnehmern vor. Zwei der Teilnehmer arbeiten nicht in einer Hausarztpraxis. |          |              |

- Welche Barrieren nehmen Hausärzte dabei wahr?
- Wo müssten aus Sicht der Hausärzte Verbesserungen ansetzen?

## Durchführung

Die Telefoninterviews wurden von Mai bis August 2011 aus den Räumen der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg von einer der Autorinnen (FP) im Rahmen ihrer Promotion durchgeführt.

## Datenauswertung

Die Interviews wurden digital aufgezeichnet, pseudonymisiert, transkribiert und nach der Inhaltsanalyse von Mayring ausgewertet [14]. Dies erfolgte mit Hilfe des Softwareprogramms Atlas.ti [4]. Die Daten wurden anhand induktiver und deduktiver Kategorien jeweils von zwei der Autorinnen (AM und FP) getrennt kodiert. Jeder Kode wurde definiert und mit einem oder mehreren Ankerbeispielen verbunden. Anschließend wurden die Kodes in Haupt-, Unterkategorien und Kodes eingeteilt und das erstellte Kategoriensystem im gesamten Autorenteam diskutiert und konsentiert.

| Tab. 2 Die Umsetzung ressourcenorientierter Ansätze in der Gemeinde |                                   |  |
|---|-----------------------------------|--|
| Unterkategorie  | Kode                              | Ankerzitat   |
| Kommune   | Kommunale Strukturen              | „Das ist in der Komplexität natürlich in so einer Hausarztpraxis nicht vorhanden. Aber es ist ja in der Gemeinde vorhanden, nur wir nutzen es irgendwie nicht.“ (HA 14)  |
|   | Förderung in der Kindheit         | „Und ob die Kinder jetzt Sport machen oder Musik spielt dann keine Rolle, aber sie haben etwas, worauf sie sich beziehen können, woraus sie ihr Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl kriegen.“ (HA 11)  |
|   | Kindergarten                      | „Also ich plane zum Beispiel ein Kindergartenprojekt um möglichst frühzeitig die Kinder zu informieren, damit sie eine gesunde Lebensweise annehmen.“ (HA 09)  |
| Arbeitsplatz  | Schule                            | „Ressourcenorientiertes Entdecken von eigenen Qualitäten, von Körperwahrnehmungen in der Schule, im Kindergarten.“ (HA 12)   |
|   | Betriebliche Gesundheitsförderung | „Das geht nicht nur um ergonomische Stühle, sondern es geht auch um psychologischen Druck von Überforderungserlebnissen. Und wenn wir zunehmend eine alternde Gesellschaft bekommen, denke ich, muss man auch gucken, ob man innerhalb des Arbeitsplatzes oder einer Firma auch guckt, ob man vielleicht ältere Arbeitnehmer anders einsetzt als jüngere.“ (HA 14) |
| HA Hausarzt.  |                                   |  |

## Ergebnisse

### Charakterisierung der Teilnehmer

Insgesamt konnten 19 Hausärzte rekrutiert werden. Die Interviews dauerten 20–30 Minuten. Die Teilnehmer waren überwiegend männlich, im Durchschnitt 55,7 Jahre alt und seit durchschnittlich 20,4 Jahren niedergelassen (■ Tab. 1).

### Kategorisierung der Aussagen

Anhand der Aussagen in den Interviews wurden drei Hauptkategorien definiert, die für die Einbettung der Hausärzte in die kommunale Gesundheitsförderung aus Sicht der Befragten relevant sind: die Umsetzung in der Gemeinde, Barrieren und Optimierungsvorschläge für eine bessere Nutzbarkeit von ressourcenorientierten Ansätzen. Diese werden im Folgenden dargestellt.

### Umsetzung in Settings

Die Befragten sehen innerhalb der verschiedenen Settings eine gute Möglichkeit, die Ressourcen ihrer Patienten in der Gemeinde zu fördern. Die Integration von Hausärzten in kommunale Struktu-

ren wurde von den Teilnehmern als positiv empfunden, wobei aus Sicht der befragten Hausärzte v. a. die Settings Schule und Kindergarten große Potenziale böten, Ressourcen verstärkt zu nutzen. Insbesondere Kinder sollten so früh wie möglich mit Gesundheitsförderung in Kontakt kommen und Möglichkeiten erfahren, ein gesundes Selbstwertgefühl aufbauen zu können. Für die Prävention von Überforderungserlebnissen wurde die betriebliche Gesundheitsförderung von den Befragten thematisiert und im Hinblick auf die zunehmend alternde Gesellschaft die Zusammenarbeit von Hausärzten mit Arbeitsmedizinern für die Entwicklung ressourcenorientierter Arbeitsplätze als wichtig erachtet (■ Tab. 2).

### Barrieren

Vorhandene Barrieren sahen die Teilnehmer bei den Ärzten und im Gesundheitssystem. Als Hauptbarrieren hinsichtlich der Anwendung ressourcenorientierter Ansätze wurden der Zeitmangel sowie die mangelnde Vergütung genannt. Diese erschweren aus Sicht der Befragten maßgeblich eine Kooperation des Hausarztes mit den Einrichtungen der Gemeinde.

Bezüglich der Rolle von Hausärzten in der Ressourcenorientierung variierten die Meinungen von der Annahme, dass es ihre Aufgabe sei, bis zu der Aussage, dass es nicht in ihr Aufgabenfeld gehöre.

Die Ärzte kritisierten daneben die Vernachlässigung von Prävention sowie die starke Krankheitsfixierung des deutschen Gesundheitssystems. Bemängelt wurden dabei außerdem die traditionell entstandene passive Rollenzuschreibung der Patienten sowie die mangelnde ganzheitliche Orientierung (■ Tab. 3).

### Verbesserungsvorschläge

Nach Auskunft der befragten Ärzte sind Verbesserungsmöglichkeiten im Gesundheitssystem, in der ärztlichen Ausbildung und der Forschung wichtig. Die Befragten wünschen sich mehr Zeit mit den Patienten verbringen zu können, welche finanziell angemessen honoriert wird. Außerdem sahen sie die Förderung von Vernetzung mit anderen ärztlichen und nicht-ärztlichen Berufsgruppen als entscheidend. Die Ärzte fordern ebenfalls eine verstärkte Integration von Salutogenese und Ressourcenorientierung in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung sowie eine wissenschaftliche Stärkung (■ Tab. 4).

### Diskussion

Die Ergebnisse dieser qualitativen Befragung zeigen, dass die kommunale Gesundheitsförderung aus Sicht der befragten Hausärzte eine wichtige Möglichkeit ist Ressourcenorientierung umzusetzen. Die Befragten sehen dabei den Bedarf einer besseren Integration von Hausärzten in die Gemeinde. Darüber hinaus zeigen die Ergebnisse, dass Hausärzte erhebliche Barrieren und Defizite innerhalb der Rahmenbedingungen wahrnehmen, die eine effektive Ressourcenorientierung in der Patientenversorgung bzw. eine Einbindung des Hausarztes in die Ressourcenorientierung und Gesundheitsförderung erschweren. Bestehende Strukturen und vorhandene Projekte sind aus Sicht der Hausärzte häufig nur unzureichend bekannt bzw. werden nicht ausreichend genutzt.

Präv Gesundheitsf 2015 · 10:180–185 DOI 10.1007/s11553-015-0486-1  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

F. Prüfer · S. Joos · A. Miksch

## Die Rolle des Hausarztes in der kommunalen Gesundheitsförderung. Eine qualitative Studie

### Zusammenfassung

**Hintergrund.** In der kommunalen Gesundheitsförderung haben Hausärzte eine zunehmend wichtige Bedeutung. Bislang ist wenig bekannt, wieweit Konzepte der Gesundheitsförderung in der Praxis umgesetzt werden bzw. der Hausarzt als Akteur in die Prozesse der kommunalen Gesundheitsförderung integriert ist. Ziel der vorliegenden Studie ist es darum, zu erfahren, welche Rolle Hausärzte innerhalb der kommunalen Gesundheitsförderung aus ihrer Sicht bereits einnehmen und welches Verbesserungspotential dabei besteht.

**Methodik.** Innerhalb eines qualitativen Studienansatzes wurden 19 semistrukturierte Telefoninterviews durchgeführt, transkribiert und qualitativ-inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet.

**Ergebnisse.** Die Befragten sehen v. a. in der Vernetzung mit kommunalen Einrichtungen in verschiedenen Settings eine gute Möglichkeit, Hausärzte in die kommunale Gesundheitsförderung zu integrieren. Dabei werden v. a. die Settings Kindergarten und Schule sowie die betriebliche Gesundheitsförderung

genannt. Hinderlich für eine stärkere Anbindung des Hausarztes in der Gesundheitsförderung sind dabei Zeitmangel und eine unzureichende Vergütung.

**Schlussfolgerung.** Hausärzte spielen eine wichtige Rolle für das nachhaltige Gelingen einer kommunalen Gesundheitsförderung, aufgrund von wahrgenommenen Barrieren wird diese aber häufig nur unzureichend ausgefüllt. Politische Rahmenbedingungen sollten Prävention und Gesundheitsförderung auch im hausärztlichen Kontext stärken. Die Rollen der einzelnen Akteure sollten dabei genauer definiert werden, sowie ausreichende Ressourcen zur Verfügung gestellt werden. Zukünftige Forschungen sollten Kooperationsmöglichkeiten von Hausärzten und der Gemeinde genauer untersuchen, um Bedingungen für eine nachhaltig erfolgreiche Kooperation zu identifizieren.

### Schlüsselwörter

Gemeinde · Qualitative Studie · Ressourcenorientierung · Gesundheitsberatung · Salutogenese

## The role of general practitioners in community health promotion. A qualitative study

### Abstract

**Background.** In the context of community health promotion, general practitioners are of increasing importance. However, there is only limited insight concerning the successful integration of general practitioners in this context so far. The aim of this study is to establish what role GPs already play in community health promotion and which aspects could be improved in this area. In order to elaborate those two points, the general practitioners' perception will be the focus of this article.

**Materials and methods.** Within a qualitative research approach, 19 semi-structured telephone interviews were conducted and analyzed using qualitative content analysis.

**Results.** Connecting general practitioners with other municipal institutions is seen as the best possibility to integrate general practitioners within the community. Interviewees perceive insufficient time and remuneration as main barriers.

**Conclusions.** General practitioners play a key role in implementing community health promotion. Unfortunately, GPs cannot fulfil this role sufficiently and satisfactorily due to perceived barriers as time and remuneration. Therefore not only politics but also researchers are required to find solutions. Politics should strengthen prevention and health promotion, define the role of all involved parties and individuals as well as provide adequate resources. Subsequent research needs to clarify possibilities of cooperation between general practitioners and communities and define requirements for a sustainable and successful collaboration.

### Keywords

Community · Qualitative research · Health resources · Consultation · Salutogenesis

**Tab. 3** Die Barrieren für die Nutzung ressourcenorientierter Ansätze in der Gemeinde

| Unterkategorie                | Kode                                     | Ankerzitate   |
|-------------------------------|--|---|
| Barrieren auf Ebene der Ärzte | Zeitmangel                               | „Die größten Hindernisse, es gibt für mich ein Hindernis und zwar die Zeit, die man mit dem Patienten verbringt.“ (HA 01)   |
|                               | Unzureichende Vergütung                  | „Ja, in unserem System ist es halt so, dass es überhaupt nicht finanziell honoriert wird.“ (HA 11)  |
|                               | Unklares Aufgabenfeld                    | „[...] ist es denn überhaupt noch ärztliche Aufgabe, ist denn dann der Arzt nicht ein Teil von einer Gesundheitsregion?“ (HA 14)<br>„Das ist dann letzten Endes auch der Punkt, wo ich dann auch der Ansicht bin mittlerweile aus dieser jahrzehntelangen Erfahrung, das ist nicht mehr Aufgabe eines Hausarztes.“ (HA 13)        |
|                               | Fehlende Verankerung in der Wissenschaft | „Die Ressourcenorientierung [...] ist nur schlecht kommuniziert und schlecht verankert im Bewusstsein der tätigen Ärzte oder der Tätigen vielleicht schon, aber der wissenschaftlich tätigen Kollegen.“ (HA 15)   |
|                               | Imageproblem des Hausarztes              | „Also auch zunehmend Skepsis, deine Aufgabe ist den Lotsen zu spielen, aber den Kahn steuern soll jemand anders.“ (HA 04)   |
| Barrieren auf Systemebene     | Defizitäre Wahrnehmung                   | „Die größten Hindernisse sehe ich [...] im gesamten System als solches, was nicht ressourcenorientiert Arzt-Patienten-mäßig ausgelegt ist, sondern über die Pathogenese und auch über den Blick, den Defizitblick, einfach das ganze Feld erst mal einnimmt.“ (HA 12)   |
|                               | Vernachlässigung von Prävention          | „Die reine Reparaturmedizin kann nicht funktionieren, dass wir die Sachen alle auflaufen lassen, was die Beschwerden sind und versuchen, dann das, was der Einzelne selber gemacht hat, dann zu reparieren, das kann nicht funktionieren.“ (HA 11)  |
|                               | Passivitätsförderung des Patienten       | „Weil die Medizin so wie sie im Augenblick sich darstellt, ist ja eine Medizin, die den Patienten in eine passive Rolle versetzt und im Grunde genommen an ihm tätig ist ohne seine eigenen Möglichkeiten [...] zu nutzen.“ (HA 09)   |
|                               | Zu starker materieller Einfluss          | „Also unsere Medizin [...] unterliegt [...] zu stark materiellen Interessen.“ (HA 09)   |
|                               | Mangelnde ganzheitliche Orientierung     | „Ich bin fest überzeugt, so ein bisschen prospektiv in die Zukunft, dass wir uns auch dahingehend Gedanken machen müssen, als dass nicht unbedingt messbare Parameter, Laborparameter, EKG oder dergleichen, Röntgenbefunde, sondern so etwas wie schon die Lebensqualität mehr in den Mittelpunkt gestellt werden muss.“ (HA 04) |
|                               | Gesellschaftliche Wandlungsprozesse      | „Ich sprach eben schon den Begriff der Verantwortung und zwar der Eigenverantwortung an. Das ist etwas was eben auch wir gesamtgesellschaftlich zunehmend verlieren. Der Einzelne ist nicht mehr in der Lage und Willens Verantwortung für sich selbst zu übernehmen.“ (HA 04)  |

HA Hausarzt.

Eine unzureichende Vernetzung des Hausarztes mit kommunalen Strukturen bzw. enttäuschende Erfahrungen aufgrund mangelnder tragfähiger Strukturen für eine gute Kooperation zwischen Hausärzten und der Gemeinde wer-

den auch in anderen Studien beschrieben [5].

Für eine bessere Integration von Hausärzten in die Kommune ist laut den Befragten eine bessere Vernetzung beteiligter Akteure (ärztliche Leistungserbringer,

Vertreter anderer Gesundheitsberufe sowie nicht-medizinischer Berufsgruppen der Gemeinde) wichtig. Entscheidend dabei ist die Etablierung von Koordinationsstellen und Vernetzungsstrukturen, wie es beispielsweise in den kommunalen Gesundheitskonferenzen realisiert wird [17, 19].

Als ein Beispiel der Vernetzung von kommunaler Gesundheitsförderung und hausärztlicher Versorgung sei das bayerische Dorf Rödental genannt, in dem ein pensionierter Hausarzt seit vielen Jahren ein Netzwerk betreibt, in dem sich Bürger und Nachbarn gegenseitig unterstützen [7]. Derartige Modelle für eine erfolgreiche interdisziplinäre Zusammenarbeit sollten weiterhin gefördert und bekannt gemacht werden. Zudem sollten Pilot- und Modellprojekte der interprofessionellen Kooperation und Vernetzung in der Aus- und Weiterbildung der Ärzte stärker thematisiert und begleitend wissenschaftlich evaluiert werden. Dafür sollten mehr Mittel zur Verfügung gestellt werden, um den zunehmenden Herausforderungen einer adäquaten Versorgung angesichts der demographischen Veränderungen gerecht werden zu können.

Darüber hinaus stellt ein (drohender) Mangel an Ärzten eine weitere Hürde für eine Sicherstellung der Versorgung dar. Vor diesem Hintergrund sollte die Vernetzung von Ärzten mit anderen Beteiligten in der gesundheitlichen Versorgung zukünftig einen wichtigen Stellenwert einnehmen. Die Gesundheitsförderung stellt hierfür aufgrund der interdisziplinären Ausrichtung und dem breiten Themenspektrum ein bedeutsames Feld für Vernetzung dar.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat in der Ottawa-Charta bereits im Jahr 1986 eine Vernetzung der Akteure als zentrale Herausforderung definiert. Außerdem wird dort eine Neuausrichtung des Gesundheitssystems unter Beteiligung einer Vielzahl von Akteuren gefordert: „Die Verantwortung für die Gesundheitsförderung wird in den Gesundheitsdiensten von Einzelpersonen, Gruppen, den Ärzten und anderen Mitarbeitern des Gesundheitswesens, den Gesundheitseinrichtungen und dem Staat geteilt. Sie müssen gemeinsam darauf hinarbeiten, ein Versorgungssystem zu ent-

**Tab. 4** Verbesserungsvorschläge für die Nutzung ressourcenorientierter Ansätze in der Gemeinde

| Unterkategorie    | Kode                                 | Ankerzitat  |
|-------------------|--------------------------------------|---|
| Gesundheitssystem | Mehr Zeit für Patienten              | „Also wenn das stimmt, dass ressourcenorientiertes Handeln relativ zeitaufwendig ist, am Anfang jedenfalls erst einmal, dann braucht es eben diese Zeit in der Arzt-Patienten-Beziehung.“ (HA 03)   |
|                   | Vergütung von Gesprächen             | „Und von daher würde ich einfach fordern: ich brauche mehr Zeit für meine Patienten und diese Zeit, die ich für meine Patienten aufwende, muss angemessen honoriert werden.“ (HA 03)  |
|                   | Vernetzung mit anderen Berufsgruppen | „Vernetzung. Eigentlich müsste man um diesen Ansatz mehr zu nutzen sich viel mehr vernetzen.“ (HA 14)   |
|                   | Integration in die Versorgung        | „Die Frage ist eben, ob man solche Sachen auch als Spezialsprechstunde irgendwie einführen kann.“ (HA 14)   |
|                   | Umsetzung                            | „[...] und da ist man natürlich häufig auch ganz schnell dabei nur das zu beheben was jetzt gerade aktuell ansteht und gar nicht zu gucken, was könnte so eine langfristige Perspektive sein.“ (HA 14)  |
| Ausbildung        | Studium                              | „Dass ich mir wünsche, dass [...] überhaupt diese Thematik bei den Ärzten von morgen, sprich eben im Studium schon so früh wie möglich angeboten wird.“ (HA 12)   |
|                   | Weiterbildung                        | „In der Ausbildung, also sowohl in der Hochschul-ausbildung im Studium als auch in der Weiterbildung oder Fortbildung.“ (HA 16)   |
| Forschung         | Verbesserung Wissenschaft            | „Ja, ich glaube man kommt nicht ganz drum rum noch mal zu klären, was ist der Unterschied. Also ich glaube, ich bin auch noch nicht so weit, dass ich weiß, was ist genau unter einem ressourcenorientierten Ansatz zu verstehen.“ (HA 14)    |
|                   | Bedeutung Studie                     | „Die Leute können gar nichts damit anfangen. Sagen wir mal so, ich habe mir nachdem ich ihre Unterlagen bekommen habe, schon ein paar Gedanken gemacht und mir sind auch wieder ein paar Sachen eingefallen, so ein paar Erlebnisse.“ (HA 05) |
|                   | Messbarkeit                          | „Ich glaube einfach es ist so schwer zu greifen, was ist da jetzt wirklich die Intervention quasi. Was wird da bezahlt, warum bezahle ich was. [...]es ist wirklich schwer messbar.“ (HA 14)  |

HA Hausarzt.

wickeln, das auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist und weit über die medizinisch kurativen Betreuungsleistungen hinausgeht“ [20].

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen fordert in seinem aktuellsten Gutachten: „insbesondere in ländlichen Räumen auf die jeweilige Region zugeschnittene, abgestufte Versorgungsstrukturen der Primär- und Sekundärversorgung zu etablieren, die die Anforderungen einer regional vernetzten Gesundheitsversorgung erfüllen und auf

den Bedarf älterer Menschen zugeschnitten sind. Da ein solcher Prozess nur tragfähig sein kann, wenn er auf Langfristigkeit und Nachhaltigkeit angelegt ist, bedarf es über die Initiierung von Einzelprojekten hinaus institutionalisierter Kooperationsstrukturen ebenso wie einer gezielten Planung, Umsetzung und Evaluation“ [19]. Hierfür sollte bereits in der Planungsphase auch die Vernetzung mit Akteuren anderer gesellschaftlicher und politischer Handlungsfelder angestrebt werden, wie es im Grundverständnis der Gesundheitsförderung verankert ist [20].

Die Vermittlung von Gesundheits- und Präventionsangeboten ist eine weitere gute Möglichkeit Hausärzte in die Gemeinde einzubeziehen. Diese können von der Gemeinde oder vom Arzt selbst angeboten werden beispielsweise durch das Auslegen von Informationsbroschüren oder Informationspostern im Wartezimmer [12]. Dafür müssten aber auch entsprechende Angebote vorhanden sein, und Ärzte müssten über diese ausreichend informiert sein [1]. Patienten wiederum müssten motiviert sein, selbst etwas für ihre Gesundheit zu tun. Ob ein nationales Programm oder eine Intervention in der Hausarztpraxis selbst für die Umsetzung präventiver Maßnahmen besser geeignet ist, ist Gegenstand der gegenwärtigen Diskussion in Politik und Wissenschaft [10].

Ursächlich für die genannten Barrieren sind u. a. unzureichende politische Rahmenbedingungen. Diese verhindern eine ausreichende politische Stärkung von Prävention und Gesundheitsförderung, obwohl dies in jüngster Zeit von der Regierung als wichtiges Ziel genannt wurde [6]. Zwar wurden in den letzten Jahren zahlreiche präventive Projekte entwickelt, welche aber häufig einzeln oder konkurrierend arbeiten, da auch hierfür keine klaren Strukturen oder umfassende Finanzierungskonzepte vorhanden sind [14].

Erstaunlicherweise sind Ärzte trotz ihres großen Potenzials in der Gemeinde kaum in Gesundheitsförderungsprojekte integriert. Ihre Aufgabe besteht bisher hauptsächlich in der Gesundheitsberatung sowie der Durchführung von Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen. Das Präventionsgesetz 2013 wollte die Rolle der Ärzte in der Prävention und Gesundheitsförderung stärken [11]. Mit seinem Scheitern bleibt weiterhin unklar, welche Rolle Ärzte zukünftig in der Gesundheitsförderung übernehmen sollen. Dies sollte auch aus der Ärzteschaft heraus weiter diskutiert werden und in einer zukünftigen gesetzlichen Verankerung von Prävention und Gesundheitsförderung ausreichend berücksichtigt werden.

## Limitationen

Zu den Schwächen der Studie zählt u. a. die ungenaue Definition des Einschlusskriteriums, Erfahrung mit Ressourcenorientierung'. Allerdings trägt dies der Tatsache Rechnung, dass eine Verankerung von Salutogenese und Ressourcenorientierung in der ärztlichen Versorgung insgesamt unscharf definiert und heterogen interpretiert wird. Des Weiteren wurden für die vorliegende Studie nur Hausärzte befragt. Dies wird der Komplexität der Fragestellung allein nicht gerecht. Befragungen von Patienten und Medizinischen Fachangestellten sowie Befragungen anderer am Prozess der kommunalen Gesundheitsförderung Beteiligten wären wichtige nächste Schritte.

## Fazit für die Praxis

**Die hausärztliche Tätigkeit besitzt ein großes Potenzial innerhalb der kommunalen Gesundheitsförderung. Hierfür müssen Hausärzte verstärkt mit Gemeinden zusammenarbeiten und mehr Kenntnisse über die lokalen Aktivitäten in ihrer Gemeinde erlangen. Die Politik muss in erster Linie Rahmenbedingungen schaffen, um Prävention und Gesundheitsförderung gesamtgesellschaftlich zu stärken und notwendige Strukturen und Finanzierungsmodelle zu ermöglichen. Um kommunale Gesundheitsförderung und die Integration der Hausärzte zu verbessern, sind geeignete Strukturen und Finanzierungsmodelle notwendig. Diese müssen vom Gesetzgeber gefördert werden; auch die Koordination und flächendeckende Implementierung bereits vorhandener Projekte sollte maßgeblich verbessert werden [2]. Die Politik sollte für Prävention und Gesundheitsförderung als intersektorale Aufgabe gesetzliche Rahmenbedingungen schaffen und die Rollen aller Beteiligten genau definieren, um der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe gerecht zu werden und Lösungsansätze für eine Gesellschaft im demographischen Wandel zu ermöglichen.**

## Korrespondenzadresse



**PD Dr. A. Miksch**  
Abteilung Allgemeinmedizin  
und Versorgungsforschung  
Department of General  
Practice and Health Services  
Research, Universitätsklinikum  
Heidelberg, Voßstraße 2  
69115 Heidelberg  
antje.miksch@med.uni-  
heidelberg.de

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenskonflikt.** F. Prüfer, S. Joos und A. Miksch geben an, dass kein Interessenskonflikt besteht.

Die Studie wurde von der Ethikkommission der medizinischen Fakultät Heidelberg genehmigt (Antragsnummer S-154/2011). Von allen beteiligten Hausärzten liegt eine Einverständniserklärung vor.

## Literatur

1. Altgeld T (2009) Gemeindenähe Gesundheitsförderung für ältere Menschen. Die Wiedereindeckung des Quartiers als zentrale Handlungsebene. *PrävGesundheitsf* 4:149–157
2. Altgeld T (2012) Prävention – eine Spielwiese für Einzelaktivitäten heterogener Akteure? *G + G Wissenschaft* 2:7–15
3. Antonovsky A (1987) Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well. Jossey-Bass, San Francisco, S 3–19
4. ATLAS.TI 5.2 Scientific Software Development GmbH (2007) Berlin
5. Bölter R, Natanzon I, Miksch A et al (2009) Kommunale Ressourcen als ein Element des „Chronic Care Models“: eine qualitative Studie mit Hausärzten. *PrävGesundheitsf* 4:35–40
6. CDU Deutschlands, CSU-Landesleitung, SPD (2013) Deutschlands Zukunft gestalten. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 18. Legislaturperiode. Union-Betriebs-GmbH, Rheinbach, S 82
7. Flick U, Kardoff E, Steinke I (2009) Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick U, Kardoff E, Steinke I (Hrsg) *Qualitative Forschung*. Ein Handbuch. Rowohlt Taschenbuch, Reinbek, S 13–29
8. Geense WW, Van De Glind IM, Visscher TLS, von Achterberg T (2013) Barriers, facilitators and attitudes influencing health promotion activities in general practice: an explorative pilot study. *BMC FamPract* 14:20
9. Gerst T (2013) Eckpunkte für Präventionsstrategie: Klare Rollenzuweisung für Ärzte. *DtschArzteblnt* 110:12
10. Gignon M, Idris H, Manaoui C, Ganry O (2012) The waiting room: vector for health education? The general practitioner's point of view. *BMC Res Notes* 5:511
11. Grobe TG, Heller G, Szecsenyi J (2014) BARMER GEK Arztreport 2014. Auswertungen zu Daten bis 2012. Schwerpunkt: Hautkrebs, [http://presse.barmergek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Laender/Einstieg-Hamburg/Standort-info/Weiterf\\_C3\\_BChrende\\_20Informationen/1\\_\\_2014/140311-Arztreport.pdf](http://presse.barmergek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Laender/Einstieg-Hamburg/Standort-info/Weiterf_C3_BChrende_20Informationen/1__2014/140311-Arztreport.pdf), BARMER GEK (Hrsg) 24:64
12. Hibbeler B (2014) Demografischer Wandel: Nachbarn helfen Nachbarn. *DtschArzteblnt* 111:164–167
13. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) (2002) Fachdefinition, <http://www.degam.de/fachdefinition.html>. Zugegriffen: 16. Mai 2014
14. Mayring P (Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research) (2000) Qualitative Content Analysis, <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2384>. Zugegriffen: 16. Mai 2014
15. Jaye C (2002) Doing qualitative research in general practice: methodological utility and engagement. *FamPract* 19:557–562
16. Klemperer D (2014) Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften: Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe. Huber, Bern, S 193–229
17. Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familien und Senioren (Gesundheitsforum Baden-Württemberg) (2010) AG Standortfaktor Gesundheit: Bericht der Projektgruppe „Kommunale Gesundheitskonferenzen“, [http://www.gesundheitsforum-bw.de/SiteCollectionDocuments/Wir%20%C3%BCber%20uns/Arbeitsgruppen/Kommunale\\_Gesundheitskonferenzen.pdf](http://www.gesundheitsforum-bw.de/SiteCollectionDocuments/Wir%20%C3%BCber%20uns/Arbeitsgruppen/Kommunale_Gesundheitskonferenzen.pdf), S 5
18. Peckham S, Hann A, Boyce T (2011) Health promotion and ill-health prevention: the role of general practice. *Qual Prim Care* 19:317–323
19. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014) Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Nomos, Baden-Baden, S 592–612
20. Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1986) Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, Genf, S 2–4
21. Wiesemann A, Weih E, Braunecker W et al (2006) Hausärztliche Präventivmedizin in kommunaler Kooperation-Erfahrungen und Ergebnisse aus dem Östringer Modell. In: Kirch W, Badura B (Hrsg) *Prävention*. Springer, Berlin, S 377–398