

Klient*innenzentrierung in der Primärversorgung Aus Sicht der Sozialen Arbeit

Florentina Marchhart, 1710406026

Bachelorarbeit 2

Eingereicht zur Erlangung des Grades
Bachelor of Arts in Social Sciences
an der Fachhochschule St. Pölten

Datum: 02.09.2020

Version: 1

Begutachter: Heinz Novosad BA MA

Abstract

Im Rahmen der vorliegenden empirischen Forschungsarbeit wurde die Klient*innenzentrierung in der Primärversorgung aus Sicht der Sozialen Arbeit erforscht. Schwerpunkte stellen dabei die organisationsinternen Strukturen in Primärversorgungszentren und deren Auswirkung auf die Fokussierung der Klientel dar. Das erhobene Datenmaterial der im Zuge dieser Arbeit durchgeführten Interviews wurde anschließend anhand der Methode des offenen Kodierens, basierend auf der Grounded Theory von Corbin und Strauss, ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass die interdisziplinäre Zusammensetzung des Primärversorgungsteams zwar von hierarchischen Strukturen geprägt ist, diese aber keinen nachteiligen Einfluss auf die Klient*innenzentrierung haben.

This empirical study investigates the client-centredness within primary health care from the perspective of Social Work. The main focus is on organisational structures in primary health care centres and their impact on focussing the clientele. The collected data from the interviews conducted in the course of this study have been evaluated using the open coding method based on the grounded theory of Corbin and Strauss. The results show that the interdisciplinary team in primary health care is characterised by hierarchical structures, but that these do not have a negative influence on client-centredness.

Inhalt

Einleitung	5
1 Definition relevanter Begriffe	7
1.1 Primärversorgungseinheit (PVE)	7
1.2 Primärversorgungszentrum (PVZ)	7
1.3 Primärversorgungsnetzwerk (PVN)	8
2 Fachlicher Diskurs	8
2.1 Berufsgruppen in der Primärversorgung.....	8
2.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	9
2.3 Klient*innenzentrierung.....	11
3 Forschungskontext	12
3.1 Interesse, Relevanz und Ausgangslage	12
3.2 Vorannahmen	13
4 Fragestellung	13
4.1 Forschungsfrage	13
4.2 Detailfragen	14
5 Methodisches Vorgehen	14
5.1 Methoden der Datenerhebung	14
5.2 Sampling	15
5.3 Auswertungsmethode – Offenes Kodieren	16
6 Darstellung der Ergebnisse	16
6.1 Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	16
6.1.1 Interner Informationsaustausch.....	16
6.1.2 Hierarchische Strukturen – Theorie vs. Praxis.....	18
6.1.3 Das „Team um den/die Hausärzt*in“?.....	19
6.2 Auswirkung bestehender Strukturen auf die Klient*innenzentrierung.....	20
6.2.1 Fokussierung der Klientel.....	20
6.2.2 Rahmenbedingungen für die Klient*innenzentrierung	22
6.3 Einfluss der Sozialen Arbeit.....	23
6.3.1 Position der Sozialen Arbeit.....	24
6.3.2 Interventionen und Maßnahmen	25
7 Resümee	27
8 Forschungsausblick	29
Literatur	30

Daten	30
Abkürzungen	31
Abbildungen	31
Eidesstattliche Erklärung.....	32

Einleitung

Soziale Arbeit ist im Vergleich zur Medizin eine eher junge Profession. Allerdings war die Entstehungsgeschichte der Sozialen Arbeit von Anfang an auch immer eine Geschichte der Medizin. Schon in den 20er Jahren des vorhergehenden Jahrhunderts wurde von den Gründermüttern der Sozialen Arbeit (Alice Salomon, Jane Addams, Ilse Arlt) der Zusammenhang zwischen den gesundheitlichen Aspekten der „Wohlfahrtspflege“ einerseits und ihren wirtschaftlichen Auswirkungen andererseits betont (vgl. Arlt 2010:66f).

In der Deklaration der „International Conference on Primary Health Care“, welche 1978 in Alma-Ata (Kasachstan) abgehalten wurde, wurden erstmals die Prinzipien der „Primary Healthcare“ niedergeschrieben. Die World Health Organization (WHO) gibt in der Erklärung von Alma-Ata unter dem Punkt VI folgende Definition zum Thema Primärversorgung an:

„Unter primärer Gesundheitsversorgung ist eine grundlegende Gesundheitsversorgung zu verstehen, die auf praktischen, wissenschaftlich fundierten und sozial akzeptablen Methoden und Technologien basiert und die für Einzelpersonen und Familien in der Gesellschaft durch deren vollständige Beteiligung im Geiste von Eigenverantwortung und Selbstbestimmung zu für die Gesellschaft und das Land in jeder Phase ihrer Entwicklung bezahlbaren Kosten fächendeckend bereitgestellt wird.“ (WHO 1978)

Gemäß dieser Deklaration ist „Primary Health Care“ ein fundamentaler Bestandteil jedes Gesundheitssystems. Primärversorgung stellt demnach die erste Versorgungsebene beziehungsweise den ersten Schritt in einem Versorgungsprozess dar. Primärversorgung soll multiprofessionelle aber auch integrative Versorgung so nahe wie es möglich ist, an den Wohnplatz oder Arbeitsplatz der Menschen bringen. Es handelt sich um ein gesundheitsorientiertes und intersektorales Konzept (vgl. Österreichisches Forum Primärversorgung 2020).

Doch wenn Soziale Arbeit angeboten wird, so wird sie in der Außenkommunikation oft wenig bis gar nicht berücksichtigt. Sie gehört als Profession in Österreich nicht zu den Gesundheitsberufen. Dies deutet auf einen öffentlichen, politischen eingegrenzten Gesundheitsbegriff hin, der eine starke biologische und psychologische Komponente hat, jedoch die soziale Komponente ausschließt.

Die Arbeiten des vorliegenden Projektes befassen sich mit der strukturellen Einbindung der Sozialen Arbeit sowie deren konkreter Praxis. Des Weiteren soll das Standing der Sozialen Arbeit sowie die Anwendung des Biopsychosozialen Modells innerhalb der Primärversorgung näher untersucht werden.

Die Hauptschwerpunkte dieses Forschungsvorhabens gliedern sich in folgende Themenbereiche innerhalb der Primärversorgung:

- Bedingungen und Hintergründe in der Praxis der Sozialen Arbeit
- Hilfeplanung und Unterstützungsprozess
- Klassifikations- und Dokumentationssysteme
- Wahrnehmung und strukturelle Einbindung

Innerhalb dieser Schwerpunkte wurden individuelle Fragestellungen entwickelt und empirisch beforscht. Die vorliegende Arbeit findet sich im Bereich der Wahrnehmung und strukturellen Einbindung wieder und wird im Folgenden beschrieben.

„[...] da is schon die Hierarchie in dem Sinn da, [...] aber in der Arbeit selbst merkt man schon, dass das schon gut auf Augenhöhe auch funktioniert.. also, dass ma sich gut min Arzt austauschen kann [...] die Hierarchie is doch da.. aber mir kommt vor ganz gut, ah, ganz gut trotzdem.. ausklammerbar recht oft.“ (T2 2020:146-162)

Das angeführte Zitat stammt aus einem der im Zuge dieser Arbeit durchgeführten Interviews mit einer Sozialarbeiterin eines Primärversorgungszentrums und stellt anschaulich dar, dass bestehende organisationsinterne Strukturen zwar einen hierarchisch geprägten Aspekt aufweisen, jedoch in Bezug auf die Klient*innenzentrierung kaum beziehungsweise keinen Einfluss auf die Klientel ausüben, der sich nachteilig in der Versorgungsleistung manifestieren würde. Die gegenständliche Arbeit befasst sich einerseits mit etwaigen hierarchischen Strukturen und deren Auswirkung auf die Klient*innenzentrierung. Dabei wird erforscht, welche Rolle dem organisatorischen Aufbau eines Primärversorgungszentrums zukommt. Andererseits wird der Einfluss der Sozialen Arbeit als Profession auf die eben erwähnten Strukturen erfasst und genauer beleuchtet. Im Zuge dessen wird geklärt, welche Maßnahmen und Interventionen die Soziale Arbeit in die multiprofessionelle Zusammenarbeit einbringen kann, um einer Entfernung von der Klient*innenzentrierung entgegenzuwirken.

Anfänglich werden einige in der Primärversorgung zentrale Begrifflichkeiten genauer definiert und im Anschluss daran folgt eine fachliche Auseinandersetzung mit den der Arbeit zugrundeliegenden wesentlichen Aspekten. Ferner wird eine nähere Beschreibung des Forschungskontextes, in der unter anderem auf das Interesse und die Relevanz der Forschung eingegangen wird, gegeben. Die darauf aufbauende Forschungsfrage sowie die zugehörigen Detailfragen werden anschließend dargelegt und passend dazu die methodischen Vorgehensweisen genauer erläutert. Im nachstehenden Hauptteil der Arbeit erfolgt die Darstellung der Ergebnisse. Den Abschluss gestalten ein Resümee der Arbeit sowie ein knapper Forschungsausblick.

1 Definition relevanter Begriffe

Im folgenden Kapitel werden vorerst einige Begrifflichkeiten definiert, um eine differenzierte Auseinandersetzung mit der Thematik der vorliegenden Arbeit zu ermöglichen. Zunächst wird ein Blick auf die Definition des Begriffs der Primärversorgungseinheit geworfen. Den Anschluss bildet eine knappe Unterscheidung der beiden wichtigsten Organisationsformen der Primärversorgung, dem Primärversorgungszentrum und dem –netzwerk, die einen guten Überblick über die bestehenden Einrichtungen der österreichischen Versorgungslandschaft sicherstellen soll.

1.1 Primärversorgungseinheit (PVE)

„Eine Primärversorgungseinheit (PVE) ist ‚die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.‘“ (SV Primärversorgung o.A.)

Eine Primärversorgungseinheit, kurz PVE, muss einigen Anforderungen entsprechen. Darunter fallen wohnortnahe Versorgung, bedarfsgerechte Öffnungszeiten, Kontinuität der Behandlung und Betreuung und Erreichbarkeit bei Akutfällen (vgl. SV Primärversorgung o.A.).

Der Versorgungsauftrag einer Primärversorgungseinheit gliedert sich in vier Aufgabenspektren. Die Basisaufgaben umfassen die ambulante Grundversorgung bei Akutfällen, die Langzeitversorgung chronisch kranker und multimorbider Patient*innen sowie die Prävention und Gesundheitsförderung. Substitutionstherapie oder öffentliche Gesundheitsaufgaben fallen in den Bereich der speziellen Aufgaben. Die organisatorischen Aufgaben setzen sich aus der Planung, der Koordination und dem Monitoring der Versorgungsprozesse zusammen. Sämtliche Verwaltungs- und Organisationsaufgaben werden von einer gesonderten Administration übernommen (vgl. ebd.).

1.2 Primärversorgungszentrum (PVZ)

Ein Primärversorgungszentrum stellt eine der beiden Organisationsformen einer PVE dar. Bei der Gründung eines Primärversorgungszentrums gilt es zu beachten, dass sich alle dort beschäftigten Professionen unter einem Dach befinden. Dies garantiert eine engere Zusammenarbeit und die Kommunikationswege fallen dementsprechend kürzer aus. Patient*innen beziehungsweise Klient*innen erhalten sämtliche Behandlungen an ein und demselben Ort, etliche Anfahrtswege und Wartezeiten fallen weg. Primärversorgungszentren

bilden sich oftmals um eine bereits bestehende Gruppenpraxis mehrerer Ärzt*innen unter Hinzuziehung anderer Berufsgruppen (vgl. SV Primärversorgung o.A.).

1.3 Primärversorgungsnetzwerk (PVN)

Die zweite Organisationsform ist das Primärversorgungsnetzwerk. Hierbei handelt es sich um einzelne Praxen und Ordinationen, die zwar nicht in einem gemeinsamen Zentrum tätig sind, sich aber zu einem Versorgungsnetzwerk zusammengeschlossen haben um eine umfassende Betreuung zu ermöglichen. Obwohl an verschiedenen Standorten gearbeitet wird, treten die beschäftigten Berufsgruppen als Einheit auf und arbeiten interdisziplinär zusammen (vgl. ebd.).

Im Rahmen dieser Arbeit wurde der Fokus auf bestehende Strukturen in Primärversorgungszentren gelegt. Aufgrund der räumlich nahen Zusammenarbeit eignen sich diese besonders gut, um einen „Blick hinter die Kulissen“ zu werfen und die multiprofessionelle Kooperation innerhalb des Primärversorgungsteams zu betrachten. Auch hinsichtlich der Beobachtung der Klient*innenzentrierung scheint diese Auswahl sinnvoll.

2 Fachlicher Diskurs

Im nachstehende Kapitel findet ein fachlicher Diskurs zu den der Arbeit zugrundeliegenden Begriffen statt. Diese spielen eine zentrale Rolle in der Auseinandersetzung mit der Thematik und sollen helfen, eine einheitliche Ausgangslage zu gewährleisten, anhand derer eine Vertiefung mit der Forschungsmaterie möglich ist.

2.1 Berufsgruppen in der Primärversorgung

„In der neuen Primärversorgung sind zum ersten Mal in institutionalisierter Form ÄrztInnen und weitere Gesundheits- und Sozialberufe unter einem Dach oder in einem Netzwerk vereint.“ (SV Primärversorgung o.A.)

Eine PVE setzt sich - unabhängig der Organisationsform - immer aus einem Kernteam und einem dem Kernteam erweiterten Professionist*innenkreis zusammen. Im Basisteam finden sich neben Allgemeinmediziner*innen auch diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen sowie Ordinationsassistent*innen (vgl. SV Primärversorgung o.A.).

Das erweiterte Team kann je nach Bedarf ganz unterschiedlich ausfallen. Dieser Bedarf richtet sich sowohl nach geographischen als auch nach demographischen Bedürfnissen und Gegebenheiten. Berufsgruppen, die als Erweiterung des Kernteams hinzugezogen werden

können, sind unter anderem Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Diätolog*innen oder Sozialarbeiter*innen (vgl. SV Primärversorgung o.A.).

2.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

„Gelingende Teamarbeit setzt persönlich-professionelle Fähigkeiten und Fertigkeiten der Teammitglieder sowie angemessene Rahmenbedingungen, strukturelle Klarheit und Transparenz der Entscheidungen im Team voraus.“ (Schaub 2008:87; zit. in Maier 2011:30)

Ein Team beschreibt eine Gruppe von Personen, die ein gemeinsames Ziel beziehungsweise eine gemeinsame Aufgabe verfolgen. Es geht um ein kollektives Oberziel und differenziert sich nach den Aufgaben, die verrichtet werden. Hierbei kann man drei Elemente der Teamarbeit unterscheiden, die in nahezu jedem Kontext auffindbar sind:

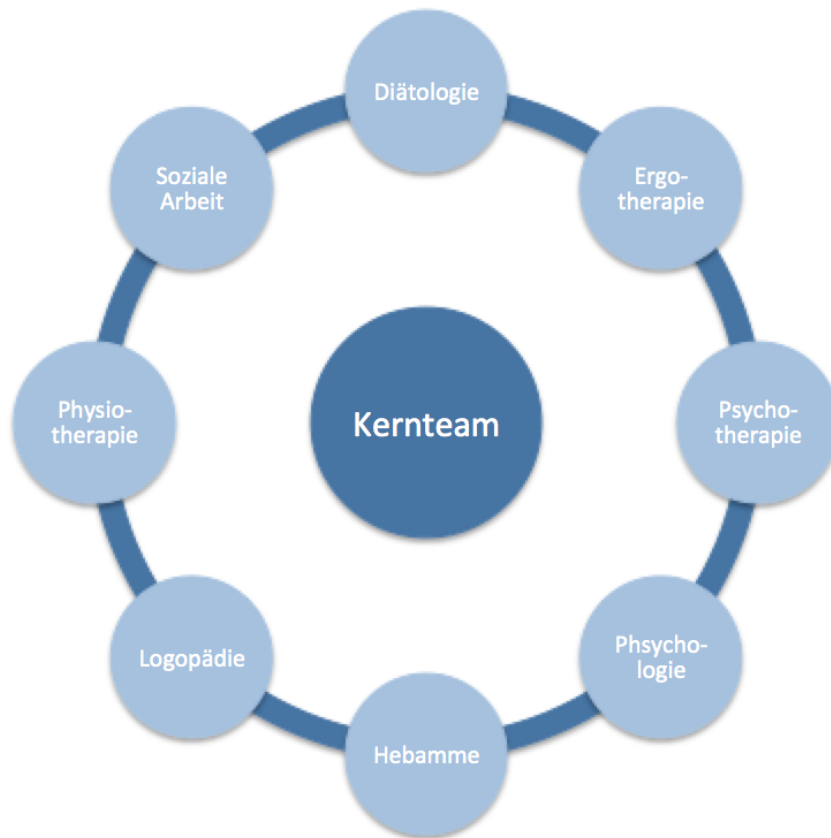
- Konzeption,
- Kooperation und
- Leitung

(vgl. Schaub 2008:73-74; zit. in Maier 2011:26).

Diesen drei Elementen zufolge handelt jede Profession nach einer eigenen Konzeption, in der Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche genau abgesteckt sind. Auf Grundlage dieser Konzeption entsteht eine Kooperation zwischen den einzelnen Berufsgruppen. Besonders in der multiprofessionellen Zusammenarbeit ist die Kooperation zwischen allen Teammitgliedern wesentlich, da ansonsten zentrale Informationen nicht umfassend genutzt werden könnten. Der Leitung kommt neben organisatorischen Aufgaben auch die Vertretung und Anleitung des Teams zu (vgl. Schaub 2008:73-74; zit. in Maier 2011:26). Innerhalb eines Primärversorgungszentrums übernehmen die Allgemeinmediziner*innen die notwendigen Leitungsfunktionen. Hierbei gilt es zu beachten, inwiefern sich dadurch hierarchische Strukturen in der interdisziplinären Zusammenarbeit verfestigen könnten und welchen Einfluss diese ausüben.

Die beiden nachstehenden Abbildungen zeigen zwei unterschiedliche Perspektiven auf den strukturellen Aufbau eines Primärversorgungszentrums. Die erste Grafik stellt das klassische „Team um den/die Hausarzt*in“ dar. Das Kernteam besteht hierbei meist aus Allgemeinmediziner*innen, diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger*innen und der Ordinationsassistenz. Je nach Bedarf, welcher sich sowohl an den Patient*innen als auch an geografischen Gegebenheiten orientiert, werden andere Professionen im Gesundheits- und Sozialbereich zugezogen, um ein umfassendes Betreuungsangebot zu gewährleisten. Diesem Modell nach sind die hierarchischen Strukturen deutlich geregelt. Sämtliche Professionen arbeiten unter der medizinischen Leitung der Ärzt*innen (vgl. Bundes-Zielsteuerungskommission 2014:17; zit. in Schmid 2018:278).

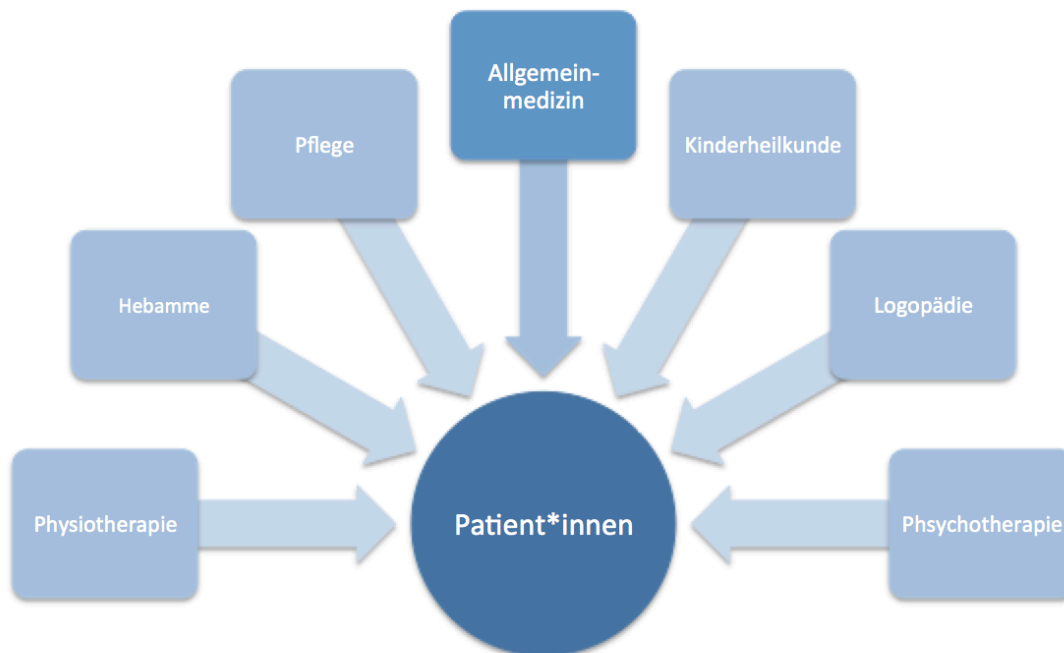
Abb. 1: Primärversorgungsteam



Quelle: eigene Darstellung auf Basis von Schmid 2018 Abb. 1: Marchhart (2020)

Das teambasierte Versorgungskonzept folgt einem differenzierteren Ansatz zum Aufbau eines Primärversorgungszentrums. Hierbei bleiben die Allgemeinmediziner*innen ebenso die erste Anlaufstelle, verschiedene Sozial- und Gesundheitsberufe erweitern aber das Team, um eine umfangreiche Versorgung anzubieten. Wie die folgende Abbildung zeigt, baut das teambasierte Versorgungskonzept nicht auf einem Kernteam, rund um die Hausärzt*innen auf, sondern stellt den/die Patient*in in den Vordergrund. Alle Professionen formieren sich um die Patient*innen und einer hierarchischen Strukturierung, lediglich aufgrund des strukturellen Aufbaus eines Primärversorgungszentrums, wird entgegengewirkt (vgl. SV Primärversorgung o.A.).

Abb. 2: Teambasiertes Versorgungskonzept



Quelle: eigene Darstellung auf Basis von SV Primärversorgung (o.A.) Abb. 2: Marchhart (2020)

2.3 Klient*innenzentrierung

Der Begriff „Klientenzentrierung“ geht ursprünglich auf den Psychologen Carl Rogers zurück, der diesen im Zuge seines psychotherapeutischen Therapie- und Beratungsansatzes erstmals benannte. Zuvor hatte er diesen Ansatz als „non-direktiv“ beschrieben, weil Rogers die Auffassung vertrat, dass der/die Therapeut*in den/die Klient*in nicht führen, sondern vielmehr begleiten sollte. Später änderte Rogers die Bezeichnung in „klientenzentriert“ um. Die Klient*innen werden selbst als Expert*innen ihrer Lebenswelt wahrgenommen und sollen weiterhin als Mittelpunkt der Therapie angesehen werden. Demnach geht der Begriff Klient*innenzentrierung per Definition zwar auf Rogers und die Psychotherapie zurück, dennoch wird er mittlerweile auch in anderen Sozialwissenschaftsbereichen verwendet und beschreibt die Fokussierung auf den/die Klient*in in der Praxis (vgl. Boeree 2006:9).

Im Zuge dieser Arbeit wird der Begriff Klient*innenzentrierung als Ausdruck des/der Patient*in/Klient*in im Mittelpunkt der Betreuung und Behandlung innerhalb einer PVE verwendet. Er bezieht sich auf das im vorangehenden Kapitel beschriebene teambasierte Versorgungsmodell, welches hierarchischen Strukturen entgegenwirken und die Klient*innen ins Zentrum stellen soll. Somit wurde der Begriff der „Klientenzentrierung“ zwar in den Grundfesten seiner Definition übernommen, jedoch wurde das Setting der Forschungsthematik angepasst.

3 Forschungskontext

In diesem Kapitel wird auf das Interesse und die Relevanz der Forschungsthematik eingegangen. Darauf aufbauend werden die Ausgangslage beschrieben und die anfänglich aufgestellten Vorannahmen präsentiert.

3.1 Interesse, Relevanz und Ausgangslage

Während der Themenfindung im Rahmen des Forschungsprojektes entwickelte sich ein persönliches Interesse an den organisationsinternen Strukturen und den Auswirkungen dieser auf die Klient*innenzentrierung in der Primärversorgung. Primärversorgung erweckte den Eindruck, dass zwar ein Zusammenarbeiten mehrerer Berufsgruppen stattfindet, aber dennoch der Fokus auf den Gesundheitsberufen liegt. Im Zuge der Recherchearbeit kristallisierte sich heraus, dass zwei verschiedene Konzepte des interdisziplinären Aufbaus innerhalb eines Primärversorgungszentrums bestehen. Zum einen das teambasierte Versorgungskonzept und zum anderen das klassische „Team um den/die Hausärzt*in“. Dahingehend stellte sich einerseits die Frage, ob sich aufgrund des organisationsinternen Aufbaus hierarchische Strukturen verfestigen und andererseits, in welcher Weise sich diese auf die Klient*innenzentrierung auswirken. Dabei spielen sowohl die theoretische Auslegung eines Primärversorgungszentrums, beispielsweise in Form des Organigramms, als auch die praktischen Herangehensweisen eine wesentliche Rolle. Somit stehen Theorie versus Praxis beziehungsweise Vorstellung versus Realität im Fokus der Forschung und das Interesse wurde diesbezüglich immer weiter entwickelt.

„Gesundheit und Krankheit haben soziale Ursachen und Auswirkungen, die bei der Krankenbehandlung Berücksichtigung finden müssen. Dies gilt insbesondere für Patientinnen und Patienten, die in wesentlichen Lebensbereichen vorübergehend oder dauerhaft benachteiligt oder exkludiert werden. Soziale Arbeit ist in der Lage, Ressourcen zu identifizieren und Verbesserungen für die Betroffenen herbeizuführen beziehungsweise negative Folgen abzumildern, zu verzögern oder gänzlich zu vermeiden.“ (Medius – Zentrum für Gesundheit 2019:1-2)

Die Forschungsthematik erweist sich dahingehend als relevant, als dass die Klient*innenzentrierung in der Primärversorgung in allen Organisationsformen eine zentrale Rolle spielt. Verschiedene Berufsgruppen formieren sich um ein gemeinsames Ziel: das Wohlbefinden des/der Klient*in. Hierarchische Strukturen können sich dabei nachteilig auf die Betreuung der Klientel auswirken. Wesentlich ist eine reflektierte Sichtweise auf Strukturen und Systeme, um diesem Phänomen entgegenzuwirken. Die Soziale Arbeit als Profession zusätzlich zu den medizinischen Berufsgruppen ist noch nicht in jeder Primärversorgungseinheit vertreten (vgl. Forum Primärversorgung 2020). Im Rahmen dieser Forschungsarbeit wird deswegen besonderes Augenmerk darauf gelegt, inwiefern die Soziale Arbeit einen maßgeblichen Einfluss auf bestehende Strukturen und die Fokussierung

der Klient*innen erwirken kann und somit einen wichtigen Bestandteil im Primärversorgungsteam darstellt.

3.2 Vorannahmen

In Vorbereitung auf diese Arbeit wurden schon im Vorfeld einige Annahmen formuliert, um sich mit der gewählten Forschungsthematik und den mutmaßlichen Ergebnissen zu beschäftigen. Diese Vorannahmen sind zentral, um im Anschluss eine ergebnisoffene Haltung bei der Datenerhebung sicherzustellen.

- In der Primärversorgung ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit unverzichtbar und ihr wird ein hoher Stellenwert zugeschrieben. Aufgrund der Multiprofessionalität von Gesundheits- und Sozialberufen liegt der Schluss nahe, dass sich in einem medizinisch ausgerichteten Bereich wie der Primärversorgung eine Rangfolge der Professionen verfestigt. Es wird angenommen, dass Theorie sowie Praxis auf das „Team um den/die Hausärzt*in“ ausgerichtet sind und das teambasierte Konzept weniger Anwendung findet.
- Aufgrund der vorherrschenden Organisationsstrukturen in der Primärversorgung besteht die Möglichkeit, dass sich Hierarchieebenen in der Praxis etablieren und verfestigen. Diese könnten einen negativen Einfluss auf die Klient*innenzentrierung nehmen und nicht mehr den/die Klient*in in den Fokus stellen, sondern das „Team um den/die Hausärzt*in“ betonen.
- Es wird angenommen, dass die Soziale Arbeit, sowohl als eine der Randprofessionen als auch als Berufsgruppe, die den bio-psycho-sozialen Ansatz vertritt, zwar Einfluss auf organisationsinterne Strukturen haben kann, sich jedoch durch gezielte Interventionen und Maßnahmen Gehör verschaffen muss, da die Entscheidungskraft mehrheitlich den Allgemeinmediziner*innen und Praktiker*innen von Gesundheitsberufen zugeschrieben wird.

4 Fragestellung

Im Folgenden wird die der Arbeit zugrundeliegende Forschungsfrage mit den zugehörigen Detailfragen formuliert.

4.1 Forschungsfrage

Die zentrale Forschungsfrage dieser Arbeit beschäftigt sich grundsätzlich mit den bestehenden organisationsinternen Strukturen von Primärversorgungszentren und deren

Auswirkung auf die Praxis aus Sicht der Sozialen Arbeit. Im Besonderen zielt die Fragestellung darauf ab zu erforschen, ob und inwiefern mögliche hierarchische Strukturen in der interdisziplinären Professionszusammenstellung eine Rolle spielen und wie sich dies auf die multiprofessionelle Zusammenarbeit im Team auswirken könnte. Um das gewählte Feld einzugrenzen, zentriert sich die Forschung auf Primärversorgungszentren, in denen die Soziale Arbeit bereits einen fixen Bestandteil darstellt. Somit lautet die Hauptforschungsfrage wie folgt:

*Wie wirken sich bestehende organisationsinterne Strukturen in Primärversorgungszentren auf die Klient*innenzentrierung aus?*

4.2 Detailfragen

Resultierend aus der Hauptforschungsfrage wurden drei Detailfragen ausgearbeitet, um eine differenzierte Auseinandersetzung mit der Forschungsthematik zu ermöglichen:

- I. Wie gestaltet sich die interdisziplinäre Zusammenarbeit?
- II. Inwiefern haben etwaige hierarchische Strukturen eine Auswirkung?
- III. Mit welchen Methoden und Interventionen kann die Soziale Arbeit Einfluss nehmen?

5 Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel werden die gewählte Methode der Datenerhebung vorgestellt, die Wahl der Interviewpartner*innen begründet sowie die Durchführung der Gespräche kurz umrissen. Im Anschluss daran wird die Auswertungsmethode, das offene Kodieren, in seinen Grundzügen beschrieben.

5.1 Methoden der Datenerhebung

Im Kontext dieser Forschungsarbeit hat man sich bei der Wahl der Erhebungsmethode für ein teilstandardisiertes Interview, in Form eines episodischen Leitfadeninterviews nach Flick entschieden. Diese Vorgehensweise erschien am sinnvollsten, da die befragten Professionist*innen dadurch einerseits genügend Freiraum für den Ausdruck ihrer persönlichen Meinung geboten bekommen und somit von ihren praktischen Erfahrungen in der interdisziplinären Zusammenarbeit sprechen können, ohne zu sehr in der Bandbreite ihrer Erzählungen eingeschränkt zu werden. Andererseits stellt die teilweise Strukturierung des Interviews sicher, dass die wesentliche Thematik der Forschungsarbeit nicht außer Acht

gerät und die zentralen Fragestellungen anschließend hinreichend beantwortet werden können. Demnach besteht der Vorteil des teilstandardisierten Interviews darin, dass die Interviewpartner*innen frei von ihren persönlichen Perspektiven berichten können, ohne dass das Interesse an der Erlangung bestimmter Informationen verloren geht (vgl. Flick 2009:113-120).

Die Durchführung der beiden Interviews hat sich nach demselben, im Vorhinein angefertigten Leitfaden orientiert. Zu Beginn wurden die Interviewpartner*innen ein wenig mit der Thematik vertraut gemacht, um eine einheitliche Ausgangslage sicherzustellen. In der ersten Phase des Gesprächs konnten die Professionist*innen einen Überblick geben, wie lange sie schon in der Einrichtung tätig sind, welche Aufgabenbereiche sie übernehmen und wie man sich als Außenstehende*r die Arbeit in einem Primärversorgungszentrum vorstellen kann. Anschließend wurde anhand der Detailfragen der gegenständlichen Arbeit die nächste Phase eingeleitet. Zunächst wurde nach den Erfahrungen in der interdisziplinären Zusammenarbeit gefragt. Hierbei lag besondere Achtsamkeit auf den Arten des internen Informationsaustausches und der Strukturierung der Primärversorgungszentren. Im Anschluss daran stand die Klient*innenzentrierung in Verbindung mit möglichen hierarchischen Strukturen im Mittelpunkt. Darauf aufbauend war die Expertise der Professionist*innen in ihrer Rolle als Sozialarbeiter*innen gefragt, um einen Einblick in die Methoden und Interventionsmöglichkeiten der Sozialen Arbeit zu bekommen.

5.2 Sampling

Im Rahmen dieser Forschungsarbeit wurden zwei Sozialarbeiter*innen aus zwei unterschiedlichen Primärversorgungszentren als Interviewpartner*innen gewählt. Diese Vorgehensweise hat sich aus zweierlei Gründen als sinnvoll erwiesen. Einerseits liegt der Fokus mehrheitlich auf den bestehenden organisationsinternen Strukturen und deren Auswirkungen auf die Klient*innenzentrierung. Zwar birgt dieser Forschungsaspekt einerseits einen Mehrwert für alle dort tätigen Berufsgruppen, andererseits soll jedoch im Zuge dieser Arbeit besonders die Perspektive der Sozialen Arbeit herausgearbeitet werden, um einen Eindruck der Profession als solche in dem Gefüge der Primärversorgungszentren zu erhalten sowie konkrete Interventionen und Maßnahmen aus Sicht der Sozialen Arbeit zu erforschen.

In den meisten Primärversorgungszentren in denen die Soziale Arbeit bereits etabliert ist, gibt es dennoch lediglich eine/n Professionsvertretende*n. Im Kontext dieser Arbeit wurden aus den angeführten Gründen deshalb zwei Sozialarbeiter*innen aus verschiedenen Primärversorgungszentren gewählt, da so ein vergleichender Blick gewährleistet wird und eventuelle Schlüsse auf die bestehenden Strukturen in der Primärversorgung generell gezogen werden können. Zudem sollte vermieden werden, dass ein spezielles Zentrum zu sehr in dessen Eigenheiten erforscht wird sondern eine allgemeine Perspektive aufrechterhalten bleibt.

5.3 Auswertungsmethode – Offenes Kodieren

Das zuvor gesammelte Datenmaterial wurde im Anschluss anhand der Methode des offenen Kodierens, basierend auf der Grounded Theory von Strauss und Corbin, angemessen ausgewertet (vgl. Strauss / Corbin 1996). Bei dieser Methode werden die Transkripte der durchgeführten Interviews in kurze Einheiten aufgeteilt und im Folgenden daraus Konzepte erstellt. Diese werden anschließend in Kategorien zusammengefasst und in Memos ausgelegt. Die Memos enthalten persönliche Annahmen und Interpretationen, die im Rahmen der Ergebnisdarstellung verschriftlicht sind (vgl. ebd.).

Diese Auswertungsmethode wurde als zweckmäßig angesehen, da im Rahmen dieser Forschung dadurch sämtliche Perspektiven der interviewten Professionist*innen hinreichend analysiert und interpretiert werden konnten. Zudem hilft die Methode des offenen Kodierens dahingehend, als dass in dieser Forschungsarbeit ein besonderes Augenmerk auf die Erfahrungen der Sozialarbeiter*innen in Bezug auf mögliche hierarchische Strukturen und deren Auswirkungen auf die Klient*innenzentrierung gelegt wird. Demnach stehen Erfahrungswerte aus der eigenen Praxis der Interviewpartner*innen im Mittelpunkt, die es ausreichend zu interpretieren gilt.

6 Darstellung der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Forschungsarbeit, auf Basis der durch die Interviews erhobenen und ausgewerteten Daten, dargestellt. Besonders herausgearbeitet werden hierbei jene Ergebnisse, die sich im Prozess der Forschung als deutlich relevant erwiesen haben und einen zentralen Mehrwert zur Beantwortung der Forschungsfragen aufweisen.

6.1 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Da im Rahmen des Primärversorgungskonzeptes innerhalb des Zentrums eine interdisziplinäre Zusammenarbeit stattfindet und diese einen zentralen Bestandteil darstellt, wird in diesem ersten Unterkapitel der Forschungsergebnisse ein besonderer Fokus auf den Informationsaustausch untereinander sowie die strukturellen Gegebenheiten und hierarchischen Ausprägungen in Bezug auf theoretische als auch praktische Aspekte der Primärversorgung gelegt.

6.1.1 Interner Informationsaustausch

Durch die interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem Primärversorgungszentrum ist es unumgänglich, dass die verschiedenen Professionen untereinander eine funktionierende Art der Kooperation und Kommunikation finden. In den beiden beforschten

Primärversorgungszentren erfolgt die Zusammenarbeit größtenteils über die wöchentlichen Teambesprechungen. Unterschiede hierbei bestehen in der Konstellation dieser.

„also wir ham regelmäßig, einmal die Woche, mit dem Arzt gemeinsam Fallbesprechung.. also Fallbesprechungen.. wir ham a Teamsitzung wos immer die zwei Sozialarbeiterinnen und der Arzt.“ (T2 2020:102-104)

Aus dem angeführten Zitat lässt sich schließen, dass eine kleine Teamsitzung pro Woche abgehalten wird, bei der lediglich die Sozialarbeiter*innen der Einrichtung gemeinsam mit dem Arzt / der Ärztin die zurzeit in Betreuung befindlichen Klient*innen durchbesprechen. Es wird ein Bezug zu Fallbesprechungen hergestellt, was die Vermutung nahe legt, dass jede/r Klient*in der Reihe nach abgearbeitet wird und ein professioneller Austausch zum weiteren Betreuungsverlauf stattfindet. Zudem erfolgt eine wöchentliche große Teamsitzung, bei der ein/e Vertreter*in jeder Profession sowie der/die Obmann/Obfrau des PVZ und die Ordinationsassistent*innen anwesend sein sollten. Hierbei wird der erforderliche multiprofessionelle Austausch erbracht, bei dem neben der Fokussierung auf die Klientel zusätzlich andere Themen beziehungsweise organisatorische Aspekte besprochen werden. Pro Monat wird außerdem noch eine Gesamtteamsitzung abgehalten, bei der alle Berufsgruppen, einschließlich der Mitarbeiter*innen der Außenprojekte, anwesend sind.

„Ja.. von der Struktur her ham wir einmal wöchentlich, ah, eine einstündige Teambesprechung.. [...] in der Fallbesprechungen und andere Themen Platz haben, Klammer ‚müssen‘. [...] ..das bedeutet, dass wir die schwierigsten Fälle an der Tagesordnung haben.. [...] bei dieser Teambesprechung.. oft aber nur mehr koordinierend ah,dort, ah, unterwegs, das heißt.. >Stimmen< ganz viel, ah, is sozusagen im, ahm.. im, ah, is im Einzelkontakt zwischen Arzt und Pat-.. zwischen Arzt und Psychologin, oder zwischen Psychologin und Sozialarbeiter [...]“ (T1 2020:127-143)

Diese Aussage lässt vermuten, dass die Teamsitzungen einen großen Mehrwert bezüglich der Klient*innenzentrierung darstellen, da der Schwerpunkt auf Fallbesprechungen liegt, bei denen die Klient*innen ganz klar im Fokus stehen. Das Zitat kann außerdem dahingehend gedeutet werden, als dass sich parallel zu den interdisziplinären Teambesprechungen, die einen wöchentlichen Fixtermin bezeichnen, auch kleine Teams um einzelne Klient*innen bilden. Dabei finden sich jene Professionist*innen zusammen, die in der Betreuung des/der Klient*in eine zentrale Rolle spielen und gemeinsam mit dem*der Klient*in an dessen/deren Situation arbeiten. Diese kleinen Teams kommen aufgrund der Koordination untereinander zustande und erweisen sich als zeitlich sowie personell flexibel, was eine hohe Anpassungsleistung dem/der Klient*in gegenüber sicherstellt.

Ein weiterer Faktor, der sich als zentral in der interdisziplinären Zusammenarbeit herausgestellt hat, bezieht sich auf die Kommunikation außerhalb der fix eingeplanten Besprechungen. Da in einem PVZ, anders als beim PVN, alle Professionen unter einem Dach arbeiten, fallen lange Wege zueinander weg wodurch ein erhöhtes Maß an face-to-face Kontakten gegeben ist. Die nachstehenden Aussagen unterstützen diese These zusätzlich:

„Und wenn des die Logik is im Zentrum, dann organisieren wir sozusagen, jeder darf'm ändern Termine eintrogen.. [...] wir finden an Weg um.. um auch ad hoc beim ändern reingehn zu dürfen, also die Ärzte und ich arbeiten mit offenen Türen..“ (T1 2020:157-163)

„na, aber eben wenn der Arzt dann jemanden hat und ahm, irgendwie das Gefühl hat der braucht doch sozialarbeiterische Unterstützung, dann kommen wir hald direkt in die Besprechung dazu, wir sind hald schon anwesend..“ (T2 2020:191-193)

Aus den beiden Zitaten wird deutlich, dass ein maßgeblicher Vorteil eines Primärversorgungszentrums die kurzen Wege sind. Kommunikation und Kooperation zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen scheinen gut zu funktionieren, sodass im direkten Klient*innenkontakt bei Bedarf die benötigte Profession einfach zur Behandlung zugezogen und somit gleich von Anfang an ein umfassendes Betreuungsangebot gewährleistet werden kann. Zudem wird im ersten Zitat von einer gemeinsamen Terminplanung gesprochen, was darauf schließen lässt, dass jede/r Professionist*in des PVZ die Aufgabenbereiche der anderen Berufsgruppen kennt und die Betreuung der Klientel dahingehend einschätzen und den/die Klient*in entsprechend weitervermitteln kann.

6.1.2 Hierarchische Strukturen – Theorie vs. Praxis

„ah, in mein Kopf ähm, äh, gibts a ganz klare Hierarchie.. die mit der Verantwortung für medizinischen Behandlungsmaßnahmen zusammenhängt.. einerseits.. und, äh, also die schreibe ich dem Arzt zu, ähm, und die erklärt sich auch aus den Eigentumsverhältnissen der Einrichtung, wo die Ärztinnen und Ärzte in oller Regel die Inhaber sind..“ (T1 2020:210-213)

Beschäftigt man sich mit möglichen hierarchischen Strukturen innerhalb von Primärversorgungszentren, kann im Zuge der Forschung festgestellt werden, dass ein maßgeblicher Unterschied zwischen Theorie und Praxis besteht. Das oben angeführte Zitat bestätigt diese Annahme bezüglich den theoretischen Hintergründen. Ein Primärversorgungszentrum baut grundsätzlich auf einer hierarchischen Struktur auf. Das bedeutet, dass es vorerst um Eigentumsverhältnisse geht, also darum wer der/die vertragsrechtlich geregelte Inhaber*in der Einrichtung ist. Diese Funktion haben oftmals die Ärzt*innen des Zentrums inne, somit sind diese in der Hierarchie am Papier weiter oben angesiedelt, als Angestellte der anderen Berufsgruppen ohne Besitzanteile. Neben der Ärzt*innenschaft kann es auch eine/n eigene/n Obmann/Obfrau eines Primärversorgungszentrums geben. Die Besonderheit hierbei ist, dass dieser die Geschäftsführung innehat und somit die angestellten Allgemeinmediziner*innen nicht automatisch die hierarchisch oberste Position einnehmen.

„offiziell ham wir schon diese Hierarchie des Vereins, dass der Obmann, also der geschäftsführende Obmann.. äh, [anonymisiert], jetzt an oberster Stelle steht und auch die finanziellen Geschichten im Überblick hat und auch uns dann, wenn ihm irgendwas auffällt“ (T2 2020:134-137)

Diese Aussage lässt den Schluss zu, dass sich die hierarchischen Organisationsstrukturen verändert darstellen, wenn der/die Inhaber*in eine Person außerhalb der im PVZ angestellten Berufsgruppen ist. Dennoch behalten die Ärzt*innen aufgrund der medizinischen Ausrichtung des PVZ eine hochrangige Position in der theoretischen Auslegung der Hierarchie. Somit kann festgehalten werden, dass es im Sinne des Organisationsaufbaus durchaus sinnvoll und auch notwendig ist, eine gewisse Struktur aufrechtzuerhalten, um die richtige Abwicklung rechtlicher Aspekte sicherzustellen.

Setzt man sich nun mit hierarchischen Strukturen in der Praxis auseinander, stellt sich die Frage, ob die theoretischen Rangfolgen eins zu eins in den Alltag übernommen werden und sich beispielsweise in der Entscheidungsmacht oder sogar in der Beeinträchtigung der Klient*innenzentrierung manifestieren. Theorie und Praxis können aber möglicherweise auch gut voneinander getrennt werden und üben in der interdisziplinären Zusammenarbeit keinen Einfluss aus. Das folgende Zitat kann zur Beantwortung dieser Frage beitragen:

„also der Obmann und der Arzt relativ weit oben stehn laut dem Verein.. aber in der Arbeit selbst merkt man schon, dass das schon gut auf Augenhöhe auch funktioniert.. also, dass ma sich gut min Arzt austauschen kann.. [...] ahm, das ma hald einfach versucht zu überzeugen, dass die soziale Seite schon auch da jetzt eine große Rolle spielt.. aber meistens.. merkt ma schon, dass es gut funktioniert.“ (T2 2020:147-154)

Bei Betrachtung dieser Aussage kann davon ausgegangen werden, dass in der alltäglichen Arbeit die hierarchischen Strukturen sehr wohl vorhanden und spürbar sind. Trotzdem macht es den Anschein, als ob sie keinen maßgeblichen Einfluss auf die multiprofessionelle Zusammenarbeit und in weiterer Folge auf die Klient*innenzentrierung haben. Demnach kann daraus geschlossen werden, dass ein Austausch auf Augenhöhe stattfindet und der hierarchische Aufbau der Kooperation untereinander nicht im Weg steht. Zudem sollte hierbei nicht unerwähnt bleiben, dass, wie bereits angesprochen, die Berufsgruppen untereinander auch mit den Aufgabengebieten und Handlungsspielräumen der jeweils anderen Professionen vertraut sind und dementsprechend aufgrund Fachwissens gehandelt wird und nicht lediglich nach der hierarchischen Anordnung der Mitarbeiter*innen.

6.1.3 Das „Team um den/die Hausärzt*in“?

„Es entstehen viele Vorteile für die Patientinnen und Patienten, über die Erreichbarkeit vieler Gesundheitsberufe im *One-Stop-Shop* Prinzip hinausreichend, durch die multiprofessionelle Zusammenarbeit in einem ‚Team rund um den Hausarzt‘.“ (Medius – Zentrum für Gesundheit 2019:1)

Dieses Zitat stammt aus einem Halbjahresbericht eines Primärversorgungszentrums und verdeutlicht die im Zuge dieser Arbeit bereits angesprochenen strukturellen Organisationsformen – das klassische „Team um den/die Hausärzt*in“ und das klient*innenzentrierte teambasierte Versorgungsmodell. Die Aussage legt die Vermutung nahe, dass die Organisation rund um die Allgemeinmediziner*innen keinerlei Auswirkung auf die Betreuung der Klientel haben, sei es doch ein ganzheitliches Versorgungssystem mit

vielen Vorteilen für die Patient*innen. Es kann angenommen werden, dass ein klient*innenzentriertes Arbeiten nicht auf der Organisationsform basiert. Diese These findet in der folgenden Aussage Bestätigung:

„Ja grundsätzlich is dieses, is dieses.. ah, Pseudoorganigramm, das, äh, definiert ja keinerlei Hierarchien.. in diesem 2014 von der GÖG [Anm.: Gesundheit Österreich GmbH] herausgegebenem Papier.. grundsätzlich hat das scho a Relevanz, oder.. also, gedenk ich im Alltag. Also der Arzt steht schon im Mittelpunkt und es is schon das Team das rund um den Hausarzt, äh, organisiert sein muss, damit nämlich eine Aufgabe gut bewältigbar is, die Primärversorgung heißt.“ (T1 2020:312-317)

Dem „Team um den/die Hausärzt*in“ wird eine Relevanz im Alltag zugeschrieben, die jedoch unabhängig von der Klient*innenzentrierung besteht. Das Zitat legt den Schluss nahe, dass eine gewisse Organisationsstruktur innerhalb eines Primärversorgungszentrums notwendig ist, um die Primärversorgung als Betreuungskonzept erfolgreich gewährleisten zu können. Es besteht die Vermutung, dass die Organisation keinerlei Auswirkungen auf die Fokussierung der Klientel hat, sondern lediglich die Rahmenstrukturen festgelegt werden.

„Kritik daran.. dass das eher institutionelle Überlegungen sind, Machtüberlegungen, auch Geldüberlegungen im Hintergrund, warum das dann nicht so darstellt, wie ich meine, dass es darstellen sollte.. nämlich mit mindestens einer Person mit an psychosozialen Grundberuf, Sozialarbeit oder Psychologin im Kernteam.. mh..“ (T1 2020:333-336)

Kritik an dem, den meisten Primärversorgungszentren zugrundeliegendem, Konzept des „Teams um den/die Hausärztin“ wird dahingehend geübt, als dass es eine Darstellungsform ist, die keine psychosoziale Profession in das Kernteam des Versorgungsmodells stellt. Somit wird der Aspekt der medizinischen Berufsgruppen im Mittelpunkt der Betreuung erneut hervorgehoben und sämtliche Professionen ohne medizinischen Hintergrund werden lediglich als Zusatzangebot dargestellt. Aufgrund dessen kann vermutet werden, dass das vorherrschende Organigramm sehr wohl eine indirekte Auswirkung auf die Wahrnehmung der Professionen, möglicherweise auch hinsichtlich einer hierarchischen Ordnung, nimmt, jedoch kein konkreter Einfluss auf die Klient*innenzentrierung ersichtlich ist.

6.2 Auswirkung bestehender Strukturen auf die Klient*innenzentrierung

Im nachstehenden Unterkapitel wird die tatsächliche Einflussnahme bestehender Strukturen auf die Fokussierung der Klientel erforscht und in weiterer Folge werden Rahmenbedingungen für eine gelingende Klient*innenzentrierung gegeben.

6.2.1 Fokussierung der Klientel

„Damit beträgt der Anteil der Arbeitszeit direkt für die Patientinnen und Patienten mehr als zwei Drittel der Gesamtarbeitszeit. [...] Der Anteil von 5 % der Gesamtarbeitszeit für die

Teilnahme an wöchentlichen Fall- und Teambesprechungen ermöglicht daher ebenso, dass ein Großteil der Arbeitszeit direkt für Sozialarbeit mit Patientinnen und Patienten eingesetzt wird.“ (Medius – Zentrum für Gesundheit 2019:4)

Eine erfolgreiche Klient*innenzentrierung verlangt nach einer Form der Beratung und Betreuung, die im direkten Kontakt zwischen Professionist*in und Klient*in stattfindet. Laut dem zitierten Halbjahresbericht werden mehr als zwei Drittel der Arbeitszeit in eben diesen direkten Klient*innenkontakt investiert. Davon ausgehend kann die Annahme getätigt werden, dass in den Primärversorgungszentren ganz automatisch die Fokussierung der Klientel im Mittelpunkt steht und organisationsinterne Strukturen, so auch hierarchische Rangfolgen, wenn überhaupt eher im Hintergrund ohne direkte Auswirkung ablaufen. Zudem liegt der Schluss nahe, dass ebenso die verbleibende Arbeitszeit in unterschiedlichen Formen im Sinne der Klient*innen eingesetzt wird, beispielsweise in indirektem Kontakt oder Teamsitzungen. Diese These scheint auch in folgendem Zitat durch:

„Wir müssen flexibel sein in der tatsächlichen Fallführung und ohne großes Reden.. was die Hierarchien betrifft... definiert das Problem des Klienten, wer.. von uns wie mit dem arbeitet.. [...] wir erarbeiten sozusagen Routine.. mit wech-..wechselnder Fallführung entlang der Problemlagen der Patient*innen. Also was in mein Zentrum, ahm, glaub i, sicher einzigartig is, is das es ausschließlich um Patientinnen und Patienten geht in der Kommunikation.“ (T1 2020:443-453)

Aus der Aussage kann interpretiert werden, dass sämtliche Prozesse in Primärversorgungszentren klient*innenzentriert ablaufen. Dies kann auch anhand der Fallführung beobachtet werden. Hierarchie spielt keine zentrale Rolle, so lange eine gute Zusammenarbeit der unterschiedlichen Professionen geschieht und das Spannungsfeld in Bezug auf gegensätzliche Perspektiven und Handlungsweisen nicht in zu hohem Maße gereizt wird. Zusätzlich übernimmt die Fallführung jene Profession, die für die bestehende Situation des/der Klient*in das meiste Know-How und die bestmöglichen Betreuungsfähigkeiten aufweist.

„Joa.. auf die Klient*innen hats kommt ma vor keinen Einfluss.. sicher auf unsre Arbeit manchmal.. was unsre Projekte angeht.. wenn da Wünsche kommen die ma umsetzen müssen, dann, oder, oder Anweisungen kommen, natürlich muss ma uns anpassen, also da is schon was da, aber auf die Klientinnen und Klienten meiner Meinung nach, soweit ichs mitbekommen hab, nicht..“ (T2 2020:167-171)

In der interdisziplinären Zusammenarbeit kann es aufgrund unterschiedlicher Meinungen und Ansichten zu Differenzen kommen. Im Rahmen der engen Kooperation rund um die Klient*innen entstehen oftmals Reibungspunkte zwischen den Professionen, da Herangehensweisen, Aufträge und Perspektiven zum Teil sehr verschieden ausfallen können. Diese Vermutung findet auch im oben angeführten Zitat Bestätigung. Sie legt den Schluss nahe, dass selbst im Kontext eines teambasierten Versorgungsmodells Diskussionen zwischen den Berufsgruppen entstehen. Diese würden aber keinen (negativen) Einfluss auf die Klientel ausüben. Innerhalb des Teams scheint es unumgänglich

zu sein, immer wieder in einen multiprofessionellen Austausch zu gehen, um auf der einen Seite seine Standpunkte zu vertreten sowie auf der anderen Seite eine offene Haltung zu wahren. Es lässt sich vermuten, dass Differenzen teilweise sogar die Klient*innenzentrierung fördern, da das Wohl des/der Klient*in im Mittelpunkt steht und manche Meinungsverschiedenheiten gar nicht ausgetragen werden würden, ginge es lediglich um Durchsetzungskraft.

„also nachdem wir auch in den Teambesprechungen, ahm, die Patient*innen durchgehn die hald grad in Betreuung sind oder die grad speziell was brauchen.. is es schon so, dass wir uns dann um sie ansammeln und jetzt nicht zwingend um den Arzt.. weil, ahm.. das betrifft ja auch die Klientinnen und Klienten die zu uns kommen, die sind ja dann nicht zwingend vom Arzt betreut“ (T2 2020:259-263)

Einen weiteren wichtigen Aspekt stellt die Tatsache dar, dass im individuellen Betreuungsverlauf in einem Primärversorgungszentrum nicht unbedingt ein/e Allgemeinmediziner*in die erste notwendige Anlaufstelle sein muss. Sollte zudem der/die Ärzt*in im Verlauf der Betreuung nicht mehr erforderlich sein, können andere Berufsgruppen des PVZ die Betreuung für den/die Klient*in übernehmen. Die oben angeführte Aussage legt die Vermutung nahe, dass besonders die psycho-sozialen Professionen ihre Klientel unabhängig der Ärzt*innenschaft aufbauen und aufgrund dessen einerseits die Sinnhaftigkeit vom „Team um den/die Hausärzt*in“ erneut in Frage gestellt wird. Andererseits trägt diese Struktur maßgebend dazu bei, der Klient*innenzentrierung einen hohen Stellenwert in der Praxis der Primärversorgung beizumessen.

6.2.2 Rahmenbedingungen für die Klient*innenzentrierung

Um die Klient*innenzentrierung positiv zu beeinflussen, können einige Aspekte und Rahmenbedingungen beachtet werden. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit gestaltet sich innerhalb eines Primärversorgungszentrums sehr viel näher und flexibler als in einem Primärversorgungsnetzwerk. Aus diesem Grund kann angenommen werden, dass sich die kurzen Wege untereinander in positiver Art und Weise auf die Fokussierung der Klient*innen auswirken und diese während der Betreuung deutlich davon profitieren. Die nachstehende Aussage bestätigt diese These:

„was etwas sehr wichtiges is, is die räumliche Nähe und die Arbeitsweise.. [...] wenn da irgendwelche Strukturen Klientenzentrierung befördern, dann eine.. ahm.. kurzfristig abgestimmte Arbeitsweise zwischen Sozialarbeit-Psychologie-Arzt..“ (T1 2020:617-623)

Kritisch gesehen wird die Tatsache, dass in momentan entstehenden Primärversorgungszentren die Soziale Arbeit beispielsweise in die zugehörigen Bezirkshauptmannschaften ausgelagert werden und nicht mehr direkt an einem Standort vertreten sein soll (vgl. T1 2020). Diese neue Konzeption würde die Klient*innenzentrierung beeinflussen, indem die als sinnvoll bewerteten kurzen Wege und die schnelle, unkomplizierte Kommunikation erneut erschwert werden würde. Ab diesem Zeitpunkt wird die nahtlose Zusammenarbeit unterbrochen und es bestehen lediglich noch Zuweisungen

der Klientel zwischen den unterschiedlichen Professionen. Somit können als zentrale Rahmenbedingungen zur Förderung der Klient*innenzentrierung die räumliche Nähe und die flexible Arbeitsweise aufgrund der geografischen Gegebenheiten genannt und bestätigt werden.

„Interdisziplinarität abholen zu können, müssen.. diese drei die ich genannt hab, für die Soziale Arbeit hauptsächlich, sehr gut zusammen..schauen und ah, am besten Büro an Büro arbeiten und jeder stört den andern mitten im besprechen.. also jetzt hob í's übertrieben natürlich..“ (T1 2020:643-646)

Wie aus den beiden vorangehenden Zitaten hervorgeht, wird das bio-psycho-soziale Modell auf die drei Professionen der Allgemeinmedizin, Psychologie und Sozialen Arbeit in den Primärversorgungszentren umgelegt. Erfolgt eine funktionierende Zusammenarbeit zwischen diesen Berufsgruppen, so wirkt sich dies in weiterer Folge positiv auf die Klient*innenzentrierung aus. Es erweckt den Anschein, dass die unmittelbare Tür-an-Tür-Arbeitsweise ein Kriterium für eine erfolgreiche interdisziplinäre Kooperation und demnach für eine erfolgreiche Klient*innenzentrierung darstellt.

„[...] häufiger in Konflikt sozusagen mit Arbeitsweisen.. weil sie es gewohnt is.. sie kommt aus der Sozialpsychiatrie, das Prozesse anders laufen.. [...] meistens viel mehr Zeit haben und verbrauchen und so.. während in der allgemeinmedizinischen Praxis Dinge schnell gehn... auch schnell gehn müssen..“ (T1 2020:328-235)

Die letzte Rahmenbedingung die im Zuge dieses Unterkapitels aufgegriffen werden soll, ist die rasche Arbeitsweise in der Primärversorgung beziehungsweise in der Allgemeinmedizin generell. Die oben angeführte Aussage spiegelt wider, dass in anderen Handlungsbereichen der Faktor Zeit in einem anderen Ausmaß eine Rolle spielt als in der Praxis von Primärversorgungszentren. Innerhalb einer PVE ist es notwendig und auch sinnvoll, dass sämtliche Arbeitsabläufe schnell stattfinden, um die Versorgungsleistungen für den/die Klient*in besonders hochwertig zu gestalten. Überweisungen oder Zuweisungen zu anderen Professionen sind ein großer Bestandteil der Arbeit in einem Primärversorgungszentrum und zeichnen sich dadurch aus, dass diese recht flexibel und rasch abgewickelt werden. Somit kann der Schluss gezogen werden, dass innerhalb eines Primärversorgungszentrums die Klient*innenzentrierung zwar auf eine andere Art und Weise ausgelegt sein mag als in anderen Feldern, diese jedoch einen zentralen Mehrwert für die Klientel bereithält, da sie eine nahtlose und rasche Betreuung garantiert.

6.3 Einfluss der Sozialen Arbeit

Dieses letzte Unterkapitel der Forschungsergebnisse beschäftigt sich mit der Position der Sozialen Arbeit im Geflecht der Interdisziplinarität in der Primärversorgung. Abschließend werden noch einige Interventionen und Maßnahmen im Handlungsspielraum der Sozialen Arbeit genannt, die die Klient*innenzentrierung positiv beeinflussen können.

6.3.1 Position der Sozialen Arbeit

„dann wartest du in diesem Zusammenspiel immer auf an Auftrag.. also i glaub es is ein Problem Sozialer Arbeit oft, dass sa sich ned so gut integrieren können in solche Konstrukte..“
(T1 2020:473-475)

Dieses Zitat geht auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit zurück und beschreibt die Position der Sozialen Arbeit im Primärversorgungsteam. Hierbei ist es zentral zu erwähnen, dass viele der angestellten Berufsgruppen nur mit einem/einer Professionist*in vertreten sind. Das heißt, dass es innerhalb eines Primärversorgungszentrums oft nur eine/n Sozialarbeiter*in, eine/n Psycholog*in oder eine/n Ergotherapeut*in gibt und man auf ein Arbeiten ohne direkte Professionskolleg*innen eingestellt sein muss. Die oben stehende Aussage lässt vermuten, dass die Position der Sozialen Arbeit mit der selbstinitiierten Integration steht und fällt. Es kann davon ausgegangen werden, dass Vertreter*innen der Sozialen Arbeit ihre Profession oft in den Hintergrund stellen und nicht proaktiv handeln. Genau diese proaktive Arbeitsweise braucht es allerdings, um in der multiprofessionellen Kooperation als psychosozialer Grundberuf Bestand zu haben (vgl. T1 2020). Die Aussage spiegelt wider, dass die Soziale Arbeit aus eigener Kraft selbstbestimmt handeln muss, um auf einer Ebene mit den medizinischen Professionen zu arbeiten. Dies erweckt den Anschein, dass es unter anderem ein zentrales Kriterium für die Klient*innenzentrierung darstellt. Diese These wird vom nachstehenden Zitat bestätigt:

„[...] jemanden braucht der, ähm, großes Selbstvertrauen hot.. hm, jemanden braucht der generalistisch arbeiten kann. [...] Der sich also zutraut in die verschiedensten Themen und Fochgebiete der Sozialen Arbeit oder der Psychosozialen Arbeit oder der Sozialmedizin, je nachdem sie wollen, also in die verschiedensten Themenstellungen und -gebiete hineinzuarbeiten.“ (T1 2020:90-98)

Es lässt sich vermuten, dass ein gewisses Maß an Durchsetzungskraft und Selbstbewusstsein benötigt wird, um die Soziale Arbeit als Profession innerhalb eines Primärversorgungszentrums zu behaupten. Die Soziale Arbeit kann in der Primärversorgung nur Fuß fassen, wenn die ausführenden Professionist*innen sich ihrer Handlungsschwerpunkte und Arbeitsweisen bewusst und auch bereit sind, diese in einem multiprofessionellen Zusammenspiel durchzusetzen und in den Austausch mit den anderen Berufsgruppen zu gehen. Dies ist dahingehend als relevant zu erachten, als dass die Interdisziplinarität einen maßgeblichen Einfluss auf die Klient*innenzentrierung ausübt und eine bessere Fokussierung auf die Klientel erwirkt werden kann, je reibungsloser diese Zusammenarbeit funktioniert. Zudem sollte der Aspekt des Einflusses der hierarchischen Strukturen auch hierbei nicht außer Acht gelassen werden. Es macht den Eindruck, dass sich eine psychosoziale Profession wie die Soziale Arbeit mehr zu behaupten hat als einer der medizinischen Grundberufe. Somit kann bei genauerer Betrachtung der Position der Sozialen Arbeit ein Rückschluss auf die vorherrschenden hierarchischen Strukturen innerhalb der Primärversorgungszentren gezogen werden. Dies wiederum legt den Schluss nahe, dass der Standpunkt der Sozialen Arbeit sowohl einen Einfluss auf die

Klient*innenzentrierung als auch auf die hierarchischen Strukturen hat und sich diese genannten Faktoren wechselseitig beeinflussen.

Grundsätzlich erscheint die Position der Sozialen Arbeit in den beforschten Primärversorgungszentren bereits durchaus gefestigt. Es wird zwar als kritisch betrachtet, dass in der Abbildung des Kernteams kein psychosozialer Grundberuf vertreten ist, jedoch wird dies nicht wirklich in Zusammenhang mit der tatsächlichen Position der Sozialen Arbeit in der Praxis gesehen (vgl. T1 2020). Aufgrund der jahrelangen Existenz der Sozialen Arbeit innerhalb der Primärversorgungszentren scheint diese als im multiprofessionellen Team gut situiert und als in der Lage, auf bestehende (hierarchische) Konstrukte und in weiterer Folge auf die Klient*innenzentrierung einen positiven Einfluss ausüben zu können (vgl. T2 2020).

6.3.2 Interventionen und Maßnahmen

Im Zuge dieser Forschung kristallisierten sich einige konkrete Interventionen heraus, die die Soziale Arbeit durchführen kann, um den hierarchischen Strukturen entgegenzuwirken und infolgedessen einen positiven Einfluss auf die Klient*innenzentrierung auszuüben. Dabei lässt sich eine Differenzierung zwischen internen und externen Maßnahmen treffen. Die internen beziehen sich auf die direkte Praxis in den Primärversorgungszentren und die externen sind in Bezug auf die generelle Organisation der Primärversorgung zu verstehen.

„und was hilft Einfluss zu nehmen auf solchen Konstrukte is.. meiner Ansicht nach Know-How einfach auch in den Bereichen, dass ma.. dass ma sein Wissen einbringen kann, dass ma auch, äh, in der Hinsicht ernst genommen wird, das ma sagt ‚ok i kenn mi aus und des und des und des is wichtig‘, also das ma afoch auch standhaft bleibt und auch für die Klient*innen und Patient*innen einfach Partei ergreifen kann..“ (T2 2020:282-287)

Vorerst soll ein Blick auf die internen Interventionen geworfen werden. Die oben stehende Aussage deutet an, dass es aufgrund der vorherrschenden Strukturen innerhalb eines PVZs notwendig und zweckmäßig ist, sein Wissen aktiv in das interdisziplinäre Zusammenspiel einzubringen. Wie bereits im Laufe dieser Arbeit erwähnt, besteht eine gute Grundkenntnis der Berufsgruppen untereinander was die Tätigkeitsbereiche der jeweils anderen Professionen angeht. Daraus lässt sich der Schluss ziehen, dass das bloße Bewusstsein nicht ausreichend ist sondern ein proaktives Handeln des/der Professionist*in erfordert. Es macht den Eindruck, als ob man hierarchische Strukturen vermindern kann, indem ein professioneller Austausch zwischen den Professionen stattfindet und das fachspezifische Know-How der unterschiedlichen Berufsgruppen akzeptiert wird. Die Soziale Arbeit kann dahingehend auf die Klient*innenzentrierung einwirken, als dass sie einen psychosozialen Ansatz in einem medizinisch dominierten Feld vertritt. Als zweite interne Intervention lässt sich aus dem Zitat ableiten, dass die Soziale Arbeit einen Schwerpunkt auf die direkte Arbeit mit der Klientel legt. Es geht nicht nur um einen Austausch im multiprofessionellen Team, sondern auch um den/die Klient*in, der/die als Expert*in in seiner/ihrer Lebenswelt wahrgenommen wird und dessen/deren Meinung ebenso im Fokus stehen soll (vgl. T2 2020). Dies ermöglicht eine Selbstbefähigung des/der Klient*in und gibt ihm/ihr die Entscheidungsmacht über seine/ihre eigene Lage. Es lässt sich vermuten, dass die Soziale

Arbeit jene Profession darstellt, die gewissermaßen Partei für die Klientel im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit ergreift und ein gemeinsames Arbeiten mit dem/der Klient*in voranstellt. Diese Arbeitshaltung stellt ein zentrales Merkmal einer gelungenen Klient*innenzentrierung dar und kann ebenso als eine Besonderheit in der Betreuung durch die Soziale Arbeit gesehen werden.

„Es muss sich jemand dafür verantwortlich fühlen, ah, der Sozialarbeit in diesen Zentren ein Gesicht zu verpassen was realistisch is..“ (T1 2020:525-526)

Nun wird der Blick von den internen auf die externen Interventionen gerichtet. Hierbei steht die Gesamtorganisation der Primärversorgung im Zentrum. Das oben stehende Zitat beschreibt zugleich Kritik und Maßnahme. Es wird angedeutet, dass bisher kein einheitliches, realistisches Bild der Sozialen Arbeit in Primärversorgungszentren besteht. Es lässt sich vermuten, dass es an einem gemeinsamen Leitfadens oder in weiterer Folge an einem standardisierten Konzept fehlt, welches die Soziale Arbeit als Profession in der Primärversorgung ausreichend miteinschließt. Folgende Aussage untermauert diese These:

„also ich kenne diese Liste der ÖFOP [Anm.: Österreichisches Forum Primärversorgung].. und die is ziemlich gut.. aber es bleibt eine Liste von Aktivitäten und noch kein Konzept und kein Konzept für.. kein Rahmenkonzept verhandeln womit sich alle identifizieren können..“ (T1 2020:572-574)

Als kritisch betrachtet wird in diesem Zitat eben dieses Fehlen eines konkreten Konzeptes der Sozialen Arbeit in der Primärversorgung. Zudem sei es ein hinderlicher Faktor, dass diverse Leitlinien bisher öfter ohne Mitsprache von Praktiker*innen erstellt werden und somit der praktische Bezug nicht ausreichend beleuchtet wird (vgl. T1 2020). Ferner lässt sich aus der Aussage schließen, dass hierarchische Strukturen in Primärversorgungszentren „ein leichteres Spiel“ haben, solange es kein Rahmenkonzept für psychosoziale Berufsgruppen wie die Soziale Arbeit gibt, da somit die medizinischen Professionen erneut vermehrt ins Zentrum gerückt werden. In weiterer Folge lässt dies die Vermutung zu, dass auch die Klient*innenzentrierung ebenso von einer standardisierten Konzeption profitieren würde, da hierarchische Strukturen abgebaut und die Fokussierung der Klientel mehr in den Mittelpunkt gerückt werden würden. Um in der ganzen Primärversorgung eine Veränderung zu erzielen, müsste an dem großen Ganzen gearbeitet werden und nicht lediglich im Rahmen eines einzelnen Primärversorgungszentrums. Seitens der interviewten Personen wird angeregt, dass sich Fachleute organisieren und zusammenschließen, um der sozialen Arbeit ein Gesicht zu geben und ein einheitliches Rahmenkonzept zu entwerfen, woraus jede PVE in der interdisziplinären Zusammenarbeit einen Mehrwert ziehen kann. Ansonsten kursiert die Befürchtung, dass sich die Soziale Arbeit auf Dauer nicht halten kann, da sie keinen gemeinsamen Weg verfolgt, sprich an keinem gemeinsamen Strang zieht (vgl. T1 2020). In Bezug auf die Klient*innenzentrierung ist dies dahingehend als wichtig zu erachten, als dass die Soziale Arbeit grundsätzlich eine sehr klient*innenfokussierte Profession darstellt, die in einem Primärversorgungszentrum unter Berücksichtigung des bio-psycho-sozialen Modells eine differenzierte Arbeitshaltung aufweist und sowohl bestehende hierarchische Strukturen als auch die Zentrierung der Klientel maßgeblich positiv beeinflussen kann.

7 Resümee

Im Zuge dieser Forschungsarbeit wurden ausgehend von der Hauptforschungsfrage und den darauf basierenden Detailfragen die Auswirkungen von bestehenden organisationsinternen Strukturen auf die Klient*innenzentrierung in Primärversorgungszentren erforscht. Die erhobenen Daten wurden zur hinreichenden Beantwortung der Forschungsfragen in drei Kategorien geteilt. Anfänglich war die interdisziplinäre Zusammenarbeit der unterschiedlichen Professionen innerhalb der Primärversorgung Zentrum der Forschung und das Bestehen von hierarchischen Strukturen in der Theorie und in der Praxis wurde verglichen. Im Anschluss daran stand die Klient*innenzentrierung im Mittelpunkt, um sowohl die Fokussierung auf die Klientel hinsichtlich Arbeitsweisen und Fallführung zu analysieren als auch notwendige Rahmenbedingungen zur Verbesserung dieser zu klären. Den Abschluss stellte eine genauere Beleuchtung des Einflusses der Sozialen Arbeit als Profession innerhalb der Primärversorgungszentren dar. Hierbei wurde vorerst die Position der Sozialen Arbeit im interdisziplinären Team geklärt und darauf aufbauend einige Interventionen und Maßnahmen genannt, die einen maßgeblichen Unterschied in der Klient*innenzentrierung hervorrufen können.

Ein wesentliches Ergebnis der Forschung beschreibt die Arten des Informationsaustausches in der multiprofessionellen Zusammenarbeit des Primärversorgungsteams. Dieser Austausch findet im Rahmen von regelmäßigen Teamsitzungen statt, in denen sowohl Platz für konkrete Fallbesprechungen als auch für Organisation und Planung rund um die Primärversorgung anberaumt wird. Zusätzlich zu den wöchentlich erfolgenden, großen Teamsitzungen, bei denen eine Zusammenkunft aller im PVZ tätigen Professionist*innen angestrebt wird, formen sich in beiden Zentren zudem kleine Teams rund um einzelne Klient*innen. Diese Erkenntnis ist besonders dahingehend als interessant zu bewerten, als dass diese flexiblen Teams einen maßgeblich positiven Einfluss auf die Klient*innenzentrierung haben, da die individuelle Situation eines/einer Klient*in im Mittelpunkt steht und in gewisser Form das teambasierte Versorgungsmodell des „Teams um den/die Klient*in“ ausgeübt wird. Ferner konnte in Bezug auf den Informationsaustausch festgestellt werden, dass sich die kurzen Wege untereinander aufgrund der räumlichen Nähe innerhalb eines Primärversorgungszentrums als überaus sinnvoll erwiesen haben. Daraus resultierte, dass Klient*innen ebenso von den kürzeren Wegen zwischen den Professionen profitieren und sich dies wiederum auf die Fokussierung der Klientel aus Sicht der Interdisziplinarität auswirkt.

Konzentriert man sich auf hierarchische Strukturen und deren Auswirkung konnte festgestellt werden, dass ein Unterschied zwischen Theorie und Praxis besteht. In den theoretischen Grundlagen eines Primärversorgungszentrums wurde eine klare Hierarchie der Professionen ausgemacht, die daraus resultiert, dass die Eigentumsverhältnisse nach einer Rangfolge verlangen, um die rechtliche Ordnung zu gewährleisten. Auf die Frage, ob sich diese Organisationsstrukturen auch auf die Praxis auswirken, kann aufgrund dieser Forschung behauptet werden, dass die Betreuung dennoch klient*innenzentriert erfolgt und

hierarchische Strukturen im Alltag keine negative Auswirkung haben, so lange die interdisziplinäre Zusammenarbeit und der wechselseitige, professionelle Austausch einigermaßen reibungslos ablaufen. In Bezug auf das 2014 von der Gesundheit Österreich GmbH herausgegebenen Organigramm des Primärversorgungszentrums, welches das „Team um den/die Hausärzt*in“ repräsentiert, konnte erkannt werden, dass die lediglich am Papier stattfindende Organisation kaum beziehungsweise keinen Einfluss auf die Klient*innenzentrierung nimmt (vgl. Bundes-Zielsteuerungskommission 2014).

Ein unerwartetes Forschungsergebnis war die prozentual hohe Arbeitszeit, die für den direkten Klient*innenkontakt aufgewendet wird. Diese nimmt ungefähr zwei Drittel der Gesamtarbeitszeit ein und kann somit als ein wichtiger Faktor in Bezug auf die Klient*innenzentrierung gesehen werden. Zudem gilt es hierbei zu beachten, dass auch ein Teil der restlichen Arbeitszeit in die indirekte Klient*innenarbeit investiert wird und sich unter anderem in Teamsitzungen, Fallbesprechungen oder Begleitungen manifestiert. Es kann festgehalten werden, dass die Betreuung des/der Klient*in im Mittelpunkt steht und hierarchische Strukturen keine negativen Auswirkungen ausüben. Ferner soll einerseits die individuell unterschiedliche Fallführung hervorgehoben werden, die je nach Bedarf von der geeignetsten Profession übernommen wird und somit einen wesentlichen Beitrag zur Klient*innenzentrierung leisten kann. Andererseits wird diese flexible Fallführung auch durch das Primärversorgungszentrum als offene Anlaufstelle gefördert, da ein Kontakt zu den Berufsgruppen abseits der Allgemeinmedizin hergestellt werden und nicht erst durch eine Zuweisung der Ärzt*innen zustanden kommen kann. Hierbei kann außerdem festgehalten werden, dass sich die räumliche Zentrierung auf einen Standort in Primärversorgungszentren und die flexible Hinzuziehung von anderen Professionen positiv auswirken und als Rahmenbedingung für eine erfolgreiche Klient*innenzentrierung genannt werden können.

Im Rahmen der Forschung wurde ein Schwerpunkt auf die Soziale Arbeit als Profession in Primärversorgungszentren gelegt. Dazu war es notwendig, sich mit der Position der Sozialen Arbeit in der interdisziplinären Zusammenarbeit zu beschäftigen. Ein zentrales Ergebnis der Arbeit besteht darin, dass es oftmals schwer erscheint, sich bestehenden hierarchischen Strukturen entgegenzustellen und sich im Konzept der Primärversorgung zu integrieren. Wichtige Kriterien hierbei sind das proaktive Arbeiten sowie ein gewisses Maß an Durchsetzungskraft und Professionsverständnis, um sowohl hierarchischen Strukturen entgegenwirken zu können als auch die bestmögliche Zentrierung auf die Klient*innen zu gewährleisten. Betreffend möglicher Interventionen zur Sicherstellung der Klient*innenzentrierung ist zwischen internen und externen Maßnahmen zu unterscheiden. Zum einen wird vorgeschlagen, dass innerhalb eines PVZs professionsbezogenes Know-How sowie das Parteilergreifen zugunsten der Klientel eine zentrale Rolle spielen. Zum anderen soll die Entwicklung eines standardisierten Konzeptes für die Soziale Arbeit in der Primärversorgung dazu beitragen ein gemeinsames Bild der Arbeit zu schaffen und vorherrschenden hierarchischen Strukturen entgegenwirken.

Hinsichtlich der Forschungsfrage kann zusammenfassend festgestellt werden, dass hierarchische Strukturen in Primärversorgungszentren durchaus vorhanden sind. Sowohl in den theoretischen Grundfesten als auch in der praktischen Arbeit bestehen Strukturen, die

sich an einer gewissen Rangordnung orientieren. Jedoch kann hingegen den im Vorfeld getätigten Annahmen festgehalten werden, dass diese kaum negative Auswirkung auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit und in weiterer Folge auf die Klient*innenzentrierung ausüben. Die Organisationsstrukturen scheinen in den erforschten Primärversorgungszentren bereits mit der Fokussierung auf die Klientel ausgelegt zu sein. Es kann angenommen werden, dass das klassische „Team um den/die Hausärzt*in“ zwar noch in der Theorie besteht, jedoch in der Praxis vom teambasierten Versorgungsmodell im Sinne eines „Teams um den/die Klient*in“ abgelöst wurde.

8 Forschungsausblick

Im Zuge dieser Arbeit wurde ein Forschungsfeld gewählt, welches weit über die erhobenen und vorgestellten Ergebnisse dieser Forschung hinausgeht. Es bestehen unzählige unzureichend erforschte Gebiete, die eine hohe Relevanz für die Soziale Arbeit sowie andere, in der Primärversorgung tätige Berufsgruppen aufweisen. Zudem hat die Thematik dahingehend eine gesamtgesellschaftliche Bedeutung, als dass eine Fokussierung und Verbesserung der Klient*innenzentrierung einen Unterschied für die Nutzer*innen von Primärversorgungszentren erwirken kann.

Die vorliegende Forschungsarbeit beschäftigt sich ausschließlich mit den organisationsinternen Strukturen innerhalb von Primärversorgungszentren. Da sich diese im Aufbau von Primärversorgungsnetzwerken deutlich unterscheiden, könnte diese Arbeit dafür Anlass sein, sich auch mit etwaigen hierarchischen Strukturen und deren möglichen Auswirkungen auf die Klient*innenzentrierung außerhalb von Primärversorgungszentren auseinanderzusetzen, um die erhobenen Ergebnisse im Anschluss umfassend vergleichen zu können.

Zusätzlich könnte es noch von Relevanz sein, explizit die Soziale Arbeit in Primärversorgungseinheiten als Forschungsgegenstand zu wählen, um herauszufinden, ob sich hierarchische Strukturen verändern beziehungsweise unterscheiden - je nachdem, ob die Soziale Arbeit in der PVE bereits implementiert ist oder nicht. Im Großen und Ganzen erweist es sich als durchaus bedeutsam hierarchische Konstrukte sichtbar zu machen, um diese reflektieren und in weiterer Folge neue Ansätze entwickeln zu können, die von starren Rangfolgen Abstand nehmen und ein übergeordnetes gemeinsames Ziel in den Mittelpunkt stellen.

Literatur

Boeree, C. George PHD (2006): Persönlichkeitstheorien. Carl Rogers. Shippensburg University, USA. Deutsche Übersetzung: D. Wieser M.A., 2006 <http://docplayer.org/16144667-Phd-c-george-boeree-persoenlichkeitstheorien-carl-rogers-1902-1987.html> [18.08.2020].

Bundes-Zielsteuerungskommission (2014): „Das Team rund um den Hausarzt“. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Wien (Beschluss vom 30.06.2014).

Flick, Uwe (2009): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA Studiengänge. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Forum Primärversorgung (2020): Versorgungskarte. <https://primaerversorgung.org/versorgungskarte/> [16.02.2020].

Maier, Anna (2011): Klinische Sozialarbeit im multiprofessionellen Team. Bachelorarbeit, FH Joanneum Graz.

Medius – Zentrum für Gesundheit (2019): Sozialarbeit bei Medius – Zentrum für Gesundheit: Das erste halbe Jahr. Graz. Unveröffentlichter Bericht.

Schaub, Heinz-Alex (2008): Klinische Sozialarbeit. Ausgewählte Theorien, Methoden und Arbeitsfelder in Praxis und Forschung. Göttingen: V&R unipress.

Schmid, Tom (2018): Primärversorgung. In: Flemming Günter, Hais Angelika & Schmid Tom (Hrsg.): Gesundheitsberufe im Wandel. Wien: LIT Verlag.

Strauss, Anselm / Corbin, Juliet (1996): Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verlag-Union.

SV Primärversorgung (o.A.): Teambasierte Primärversorgung. <https://www.sv-primaerversorgung.at/cdscontent/?contentid=10007.796740&viewmode=content> [16.02.2020].

Daten

T1: Transkript des ersten Interviews geführt am 20.03.2020 von Florentina Marchhart, Zeilen durchgehend nummeriert: 1 – 680.

T2: Transkript des zweiten Interviews geführt am 27.03.2020 von Florentina Marchhart, Zeilen durchgehend nummeriert: 1 – 391.

Abkürzungen

ebd. ebenda
et. al. und andere
o.A. ohne Angabe
vgl. vergleiche
zit. in zitiert in
PVE Primärversorgungseinheit
PVZ Primärversorgungszentrum
PVN Primärversorgungsnetzwerk

Abbildungen

Abb. 1: Marchhart, Florentina (2020): Primärversorgungsteam. Eigene Darstellung auf Basis von Schmid (2018).

Abb. 2: Marchhart, Florentina (2020): Teambasiertes Versorgungskonzept. Eigene Darstellung auf Basis von SV Primärversorgung (o.A.).

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Florentina Marchhart**, geboren am **23.10.1997** in **St. Pölten**,
erkläre,

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

St. Pölten, am **02.09.2020**

Florentina Marchhart