

Das Biopsychosoziale Modell in der österreichischen Primärversorgung

Lena Marina Gampenrieder, so1710406011

Bachelorarbeit 2

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

Datum: 31.08.2020

Version: 1

Begutachter*in: Heinz Novosad BA MA

Abstract

Das Ziel der vorliegenden Bachelorarbeit war es die Gesundheitsverständnisse der Kernprofessionen österreichischer Primärversorgungseinrichtungen mit dem von Sozialarbeiter*Innen zu vergleichen. Dazu wurden empirische Leitfadeninterviews mit je einem*einer Vertreter*In der drei Kernprofessionen geführt. Die Interviews wurden mittels offenem Kodieren ausgewertet und in Bezug zum Literaturteil der Arbeit gesetzt. Der Literaturteil behandelt das Biopsychosoziale Modell nach Josef W. Egger mit besonderem Fokus auf dem ‚Sozialen‘ Teil des Modells. Die Ergebnisse widerlegen einige der Vorannahmen, stützen andere jedoch. Die Arbeit sollte die Notwendigkeit Sozialer Arbeit als Gesundheitsprofession in der österreichischen Primärversorgung untermauern.

The goal of this work is to compare the understanding of health of the core professions working in Austrian Primary Health Care centers with that of Social Workers. In order to conduct this comparison, empiric guided interviews were held with one representative from each core profession. These interviews were analyzed with the grounded theory method and placed in relation to the literature reviewed. In the literature section, I describe the bio-psycho-social theory of Josef W. Egger and focus on the ‘social’ aspect of the theory. The findings disprove some pre-assumptions of mine, but support others. This work should outline the necessity of including Social Workers as Health Care Professionals within the Primary Health Care system.

Inhalt

1	Forschungskontext	7
1.1	Forschungsstand	7
1.2	Forschungsinteresse	7
1.3	Vorannahmen	7
1.4	Relevanz	8
1.5	Forschungsfragen	8
1.6	Datenerhebung	9
1.6.1	Methoden	9
1.6.2	Sample	9
1.7	Datenauswertung	12
2	Das erweiterte Biopsychosoziale Modell	12
2.1	Gesundheit und Krankheit nach dem Biopsychosozialen Modell	14
2.2	Soziale und Sozioökonomische Einflussfaktoren auf Krankheit und Gesundheit	14
2.2.1	Innerpersönliche Einflüsse	16
2.2.2	Einflüsse des individuellen Verhaltens	17
2.2.3	Einflüsse der sozialen Umwelt	17
2.2.4	Einflüsse der Lebens- und Arbeitsbedingungen	18
2.2.5	Einflüsse von generellen sozioökonomischen, kulturellen und physische Umweltbedingungen	19
2.3	Fazit für die Arbeit in der Primärversorgung	20
3	Ergebnisse	21
3.1	Alle Professionist*Innen haben mindestens Teilaspekte des Biopsychosozialen Modells in ihrem Gesundheitsverständnis	21
3.2	Alle Professionist*innen erkennen, dass es soziale Einflussfaktoren auf Gesundheit gibt.23	
3.3	Das Erkennen von sozialen Einflussfaktoren genügt nicht, um die Relevanz Sozialer Arbeit als Gesundheitsprofession zu verdeutlichen	24
3.4	Die Sozialen Einflussfaktoren, die erkannt werden, sind maßgeblich von persönlichen Erfahrungen, sozialem Milieu und der Zusammenarbeit mit Sozialarbeiter*Innen abhängig	25
3.5	Die Praxis hat einen stärkeren Einfluss auf das Gesundheitsverständnis und das Erkennen sozialer Einflussfaktoren als die Ausbildung	26
3.6	Weitere Ergebnisse	26
3.6.1	Die Mitarbeiter*Innen in PVEs haben in Worte gefasste und nicht in Worte gefasste Indikatoren für soziale Einflussfaktoren auf die Gesundheit	26
3.6.2	Soziale Einflussfaktoren auf Gesundheit werden in der Ausbildung zum*zur Mediziner*In als unwesentlich eingestuft	27
3.6.3	Wie stark das Biopsychosoziale Modell in PVEs vertreten ist steht im Zusammenhang mit dem Alter der Mitarbeiter*Innen	28
4	Fazit	28
4.1	Diskussion der Ergebnisse	28

4.2	Vergleich der Vorannahmen mit den Ergebnissen.....	30
4.3	Weiterführende Forschung.....	31
Literatur	.....	32
Daten	.....	35
Abkürzungen	.....	36
Abbildungen	.....	36
Eidesstattliche Erklärung	.....	38

Einleitung

Soziale Arbeit ist im Vergleich zur Medizin oder zur Jura 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 Health Care“ niedergeschrieben. Die Weltgesundheitsorganisation (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 flächendeckend 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. ÖFOP: 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 Schwerpunkte 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.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Gesundheitsverständnisse der Professionen des Kernteams zu erheben und mit dem Gesundheitsverständnis der Sozialen Arbeit in Verbindung zu setzen. Dadurch soll die Notwendigkeit der Sozialen Arbeit als Gesundheitsprofession dargelegt werden. Die Soziale Arbeit vertritt das Biopsychosoziale Modell ergänzt durch den salutogenetischen Ansatz.

Die Arbeit beginnt mit einer Darstellung des Forschungskontextes, in dem der Forschungsstand, mein Forschungsinteresse, meine Vorannahmen, die Relevanz der Forschung, die Forschungsfragen und Datenerhebung sowie -Auswertung dargestellt werden. Die Daten wurden mittels empirischer Leitfadeninterviews nach Flick (2016) erhoben und mittels offenen Kodierens ausgewertet.

Das zweite Kapitel beginnt mit einer Literaturrecherche zum Biopsychosozialen Modell nach Josef W. Egger (2017). Gefolgt wird diese durch ein Unterkapitel, das sich auf soziale Einflussfaktoren auf die Gesundheit fokussiert. Die sozialen Einflussfaktoren werden über das Regenbogenmodell von Dahlgren und Whitehead (2006) veranschaulicht.

Darauf folgt das Ergebnis-Kapitel. In diesem stelle ich meine fünf Ergebnisse dar und untermauere diese durch Zitate aus den drei Interviews. Außerdem habe ich drei weitere Ergebnisse, welche zwar keinen direkten Zusammenhang mit meinen Forschungsfragen und Vorannahmen haben, jedoch für künftige Forschung von Bedeutung sein könnten.

Im letzten Kapitel vergleiche ich meine Vorannahmen mit den Ergebnissen und stelle Überlegungen zu weiterführender Forschung an.

1 Forschungskontext

1.1 Forschungsstand

Diese Forschungsarbeit erhebt das Gesundheitsverständnis der drei Kernprofessionen österreichischer Primärversorgungseinheiten und setzt diese mit dem Gesundheitsverständnis der Sozialen Arbeit in Bezug.

Im Rahmen meiner Recherche habe ich keine vorangegangene Forschung entdeckt, die das Gesundheitsverständnis einer der drei Kernprofessionen oder der Sozialen Arbeit empirisch erhebt. Bücher, die sich mit Gesundheitsverständnissen befassen, sind Darstellungen eines Gesundheitsverständnisses und setzen sich nicht mit dessen tatsächlicher Repräsentation beziehungsweise Anwendung auseinander.

Der Literaturteil dieser Arbeit stützt sich auf das Biopsychosoziale Modell nach Josef W. Egger (2017). Dieses wird im Kapitel 2 ausführlich dargestellt.

1.2 Forschungsinteresse

Mein Interesse an dem Thema ist im Rahmen den Lehrveranstaltungen ‚Sozialpsychiatrische Interventionen und Sucht‘ und ‚Gesundheitsförderung und Prävention‘ im dritten Semester entstanden. In ‚Sozialpsychiatrische Interventionen und Sucht‘ wurde uns zum ersten Mal das Biopsychosoziale Modell von Gesundheit vorgestellt. Ich stellte fest, dass ich selbst Gesundheit bis dahin stark im biologischen Teil des Modells, in der Medizin, verortet hatte. Zwar hatte ich schon eine Vorstellung von Psychosomatik, ordnete diese aber der Psychologie zu und trennte Psychologie und Medizin komplett voneinander. Über soziale Einflussfaktoren auf Gesundheit hatte ich noch gar nicht nachgedacht. In ‚Gesundheitsförderung und Prävention‘ lernte ich das Konzept von Primärversorgungseinrichtungen kennen. In diesem sah ich eine Möglichkeit das Biopsychosoziale Modell in die Primärversorgung zu integrieren. Ich war überrascht als ich feststellte, dass der ‚psychosoziale‘ Teil des Biopsychosozialen Modells nicht zwangsläufig, in Form eines*einer Professionist*In in den geplanten PVEs integriert sein muss. Nun interessiert mich, ob und inwiefern das Biopsychosoziale Modell in der österreichischen Primärversorgung vertreten ist und ob bzw. inwiefern dies stärker durch die Ausbildung oder die Praxis geprägt wird.

1.3 Vorannahmen

Ich habe die Vorannahme, dass die Professionen des Kernteams, Gesundheit vornehmlich medizinisch verstehen und geringfügig psychische Aspekte mit einbeziehen. Dass aber soziale Aspekte von Gesundheit nur rudimentär bewusst sind und in die Arbeit miteinfließen

Eine weitere Vorannahme, die ich habe ist, dass sich das Verständnis vom biopsychosozialen Krankheitsmodell der einzelnen Professionist*Innen aus ihrer Ausbildung und ihrem Hintergrund zusammensetzt. Daher, dass die Arbeit in der Primärversorgung nur einen geringen Einfluss auf das Verständnis hat.

Außerdem habe ich die Vorannahme, dass sich die Soziale Arbeit über das Biopsychosoziale Modell in die Primärversorgung integrieren lässt.

1.4 Relevanz

Laut dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sollen bis Ende 2021 75 Primärversorgungseinheiten in Österreich installiert werden (vgl. BMSGPK 2019a:3).

Das Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinrichtungen legt fest, dass Gesundheitsförderung zum Leistungsumfang von Primärversorgungseinheiten gehört (vgl. Prim-VG §5 Abs. 1). Laut dem Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz sind der Bund und die gesetzliche Krankenversicherung verpflichtet, sich in ihren Maßnahmen an den Grundsätzen der WHO zu orientieren (vgl. G-ZG §4 Abs. 2).

Die WHO schreibt, im Rahmen der Gesundheitsförderung, in der Ottawacharta von 1986, von Gesundheit als „[...] umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden [...]“ (WHO 1986). Daher sollte neben medizinischer, auch psychologische und soziale Versorgung zum Leistungsumfang der 75 geplanten Primärversorgungseinrichtungen zählen.

Meine Arbeit erlangt dadurch Relevanz, als dass sie den Ist-Zustand des Bewusstseins von Vertreter*Innen der Professionen, die in Primärversorgungseinrichtungen angestellt sein müssen (Kernteam), bezüglich des biopsychosozialen Krankheitsmodells erhebt.

Sollte sich meine Vorannahme bestätigen und das Verständnis des biopsychosozialen Krankheitsmodells sich weitgehend auf die biologischen, ansatzweise die psychologischen und nur rudimentär die sozialen Aspekte von Gesundheit erstrecken, würden meine Arbeit einen relevanten Ansatzpunkt für weitergehende Forschung bieten. Beispielsweise könnte dann erforscht werden, wie das biopsychosoziale Krankheitsmodell stärker in der Primärversorgung integriert werden kann.

1.5 Forschungsfragen

Meine Hauptforschungsfrage lautet:

Wie verstehen Vertreter*Innen der Professionen des Kernteams, in Primärversorgungseinrichtungen, das erweiterte biopsychosoziale Krankheitsmodell?

Unterfragen:

Wie ist das Verständnis, der Professionist*Innen vom Einfluss des Sozialen auf Gesundheit / Krankheit?

Wird das Gesundheitsverständnis der Professionist*Innen stärker durch die Praxis oder die Ausbildung geprägt?

1.6 Datenerhebung

1.6.1 Methoden

Zur Erhebung der Gesundheitsverständnisse von Vertreter*Innen der Ordinationsassistenten, der Gesundheits- und Krankenpflege sowie der Allgemeinmedizin habe ich Leitfaden-Interviews nach Flick (2016:113-115) geführt. Ich habe für jedes Interview einen eigenen Leitfaden erstellt. Die einzelnen Fragen habe ich offen formuliert.

1.6.2 Sample

Ich habe mich dazu entschieden meine Interviewpartner*Innen auf Vertreter*Innen der Professionen des Kernteams zu beschränken. Grund dafür war, dass Interviews mit jeder möglichen Profession den Rahmen dieser Arbeit gesprengt hätten. Ein*eine Vertreter*In der Professionen des Kernteams wollte ich aber jedenfalls in dieser Arbeit repräsentiert haben, da diese auch in den Primärversorgungseinheiten jedenfalls vertreten sind.

Da ich neben dem Gesundheitsverständnis selbst auch untersucht habe, ob dieses stärker durch die Ausbildung oder die Praxis geprägt wird, habe ich in meinem Sample darauf geachtet Personen zu interviewen, die unterschiedliche Bezüge zu Praxis und Ausbildung haben.

IP1 ist ein*eine Dozent*In für Gesundheits- und Krankenpflege an einer österreichischen Fachhochschule.

IP2 arbeitet als Ordinationsassistent*In in einer österreichischen Primärversorgungseinheit.

IP3 studiert im vierten Semester Medizin an einer österreichischen Universität und arbeitet in einer Hausärzt*Innenordination.

In dieser Arbeit beziehe ich mich auf die Interviewpersonen mit weiblichen Artikeln. Dies hat keinen Zusammenhang mit dem tatsächlichen sozialen oder biologischen Geschlecht der jeweiligen Interviewperson, sondern geht auf das Geschlecht des Wortes ‚Person‘ zurück.

1.6.2.1 Feldzugang

Am 24.01.2020 habe eine Wiener PVE angeschrieben und um Interviews mit je einem*einer Vertreterin der Professionen des Kernteams gebeten. Am 25.01.2020. habe ich die Antwort erhalten, dass momentan keine zeitlichen Ressourcen zur Verfügung stehen. Ich habe mich per E-Mail bedankt und angekündigt, dass sich eventuell im Sommer erneut jemand von unserem Bachelorprojekt melden wird. Dies habe ich am 15.06.2020 getan, diesmal habe ich jedoch nur um ein Interview mit einem*einer Hausärzt*In gebeten, da ich die Interviews mit IP1 und IP2 zu diesem Zeitpunkt bereits geführt hatte. Am 22.06.2020 rief ich die PVE an, um mich zu erkundigen ob meine E-Mail erhalten wurde und bearbeitet wird. Mir wurde mitgeteilt, dass meine E-Mail noch einmal an eine Ärztin weitergeleitet wird, die derartige Anfragen bearbeitet.

Am 31.01.2020 schrieb ich einer weiteren Wiener PVE und habe um Interviews mit je einem*einer Vertreterin der Professionen des Kernteams gebeten. Ich erhielt keine Antwort.

Am 17.03.2020 schrieb ich vier Ausbildungseinrichtungen für Ordinationsassistenten ob ich ein Interview mit einem*einer ihrer Auszubildenden führen kann.

Am selben Tag erhielt ich von einer die Rückmeldung, dass „Aufgrund der aktuellen Situation [...] keine freien Personalressourcen diesbezüglich zur Verfügung stehen“ (E1)

Am 18.03.2020 Tag erhielt ich von einer weiteren Ausbildungsstätte die Rückmeldung, dass sie Forschungen grundsätzlich gerne unterstützen, „Jedoch aufgrund der derzeitigen Lage dürfen wir Sie ersuchen, sich diesbezüglich noch etwas zu gedulden, bis die Situation sich wieder normalisiert hat.“ (E2)

Von den anderen beiden Einrichtungen erhielt ich keine Rückmeldung.

Am 17.03.2020 habe ich einer Fachhochschule mit einem Studiengang für Gesundheits- und Krankenpflege eine E-Mail geschrieben und angefragt ob ich Interviews mit einem*einer Studierenden oder einem*einer Dozentin führen kann. Am 17.03.2020 erhielt ich die Antwort, dass derartige Anfragen bis 13.04.2020 aufgrund der Corona-Situation nicht bearbeitet werden. Ich solle mich danach melden, falls ich immer noch Interviewpartner*Innen suche.

Am 18.03.2020 schrieb ich drei Fachhochschulen, die einen Studiengang Gesundheits- und Krankenpflege haben und bat um Interviews mit Studierenden oder Dozent*Innen.

Ich erhielt am selben Tag von einer FH die Rückmeldung, dass bei ihnen keine Interviewpartner*Innen zur Verfügung stehen.

Am 19.03.2020 schrieb ich zwei weitere Fachhochschulen an, die einen Studiengang Gesundheits- und Krankenpflege haben und bat um Interviews mit Studierenden oder Dozent*Innen.

Am selben Tag erhielt ich von einer der beiden Einrichtungen folgende Absage: „in Anbetracht der momentanen Situation bzgl. Covid-19 haben wir leider keine Ressource für Ihr Anliegen. Bitte Melden Sie sich in einem Monat nochmal.“ (E3)

Am 19.03.2020 erhielt ich von IP1 eine E-Mail, in der sie mir mitteilte, dass sie für ein Interview zur Verfügung stünde. Wir vereinbarten ein Interview für den 03.04.2020.

Das Interview mit IP1 wurde am 03.04.2020 per Telefonanruf geführt. Ich bot an, das Interview via Zoom, Skype oder Telefonanruf zu führen, um während der Ausgangsbeschränkungen die persönlichen Kontakte zu minimieren. IP1 entschied, das Interview per Telefonanruf zu führen.

Der Kontakt zu IP2 wurde mir über unsere Projektleitung am 03.03.2020 vermittelt. Am 05.03.2020 schrieb ich IP2 an, beschrieb meine Forschung und fragte, ob sie zu einem Interview bereit wäre. Am 17.04.2020 schrieb ich IP2 erneut an. Am 22.04.2020 rief IP2 mich an und bestätigte, dass sie bereit wäre, ein Interview mit mir zu führen. Wir vereinbarten ein Interview für den 27.04.2020.

Das Interview mit IP2 wurde am 27.04.2020 über Zoom geführt. Ich bot IP2 dieselben Formen der Interviewdurchführung an wie IP1. IP2 entschied sich für die Durchführung über Zoom.

Am 03.03.2020 vermittelte mir unsere Projektleitung auch den Kontakt zu einem*einer Hausärzt*In, der*die eine PVE leitet. Am 05.03.2020 schrieb ich eine E-Mail, in der ich meine Forschung beschrieb und anfragte, ob ein Interview möglich wäre. Am 10.03.2020 antwortete die Person und bot mir ein halbstündiges Interview für den 11.03.2020 an. Außerdem wurde mir angeboten einen Schnuppertag in der PVE zu machen. Das Interview am 11.03.2020 musste ich absagen, da ich beruflich verpflichtet war. Wir vereinbarten einen Schnuppertag am 19.03.2020. Am 16.03.2020 wurden Lokal- und Geschäftssperren als Maßnahmen gegen die Ausbreitung von Covid-19 eingeführt. Ich schrieb am 16.03.2020, ob ich dennoch am 19.03.2020 den Schnuppertag absolvieren könnte. Die Person antwortete: „Ich würde jetzt alles mal in aller Ruhe nach hinten verschieben“ (E4). Am 08.06.2020 schrieb ich dem*der Hausärzt*In, ob er*sie in der Kalenderwoche 24 Zeit für ein Interview hätte. Ich erhielt keine Antwort.

Eine Studienkolleg*In vermittelte mir zwei Kontakte zu Medizinstudent*Innen. Den ersten am 02.06.2020. Ich schrieb am 03.06.2020 eine Nachricht auf WhatsApp. Außerdem schickte ich den Text der WhatsApp-Nachricht per SMS und rief zwei Mal an. Aufgrund technischer Probleme sind die Daten der SMS verloren gegangen. Ebenso das Datum wann mir der zweite Kontakt vermittelt wurde. Die zweite Kontaktperson rief ich am 03.07.2020 an und erklärte ihr den Inhalt meiner Forschung. Sie lehnte daraufhin ab ein Interview mit mir zu führen, da sie es sich nicht zutraute. Die zweite Kontaktperson studierte im 7. Semester Medizin.

Der Kontakt zu IP3 wurde mir über meine Schwester vermittelt. Am 09.07.2020 schrieb ich eine WhatsApp-Nachricht, in der ich meine Forschung schilderte. Aufgrund der zu dem Zeitpunkt bereits gelockerten Ausgangsbeschränkungen, vereinbarten wir ein persönliches Treffen am 28.07.2020.

Das Interview mit IP3 wurde am 28.07.2020 persönlich geführt.

1.7 Datenauswertung

Die erhobenen Daten werden mittels offenen Kodierens, nach Flick (2016:167-169), ausgewertet. Für das offene Kodieren habe ich mich entschlossen, da ich damit bereits in meiner BAC I gearbeitet habe und damit vertraut bin. Mittels offenen Kodierens sollte es mir möglich sein, einzelne Aspekte, des Verständnisses, des erweiterten biopsychosozialen Krankheitsmodells, der einzelnen Professionen, zu identifizieren. Und darauf aufbauend Thesen zu generieren.

2 Das erweiterte Biopsychosoziale Modell

Das Biopsychosoziale Modell hat keine*n einzelne*n Urheber*In (vgl. Egger 2017:16). Es handelt sich um ein Modell, das immer noch erneuert und erweitert wird (vgl. ebd.). Innerhalb dieser Bachelorarbeit stütze ich mich auf das aktuelle Modell von Josef W. Egger.

Seinen Ursprung hat das Biopsychosoziale Modell in der Anwendung der allgemeinen Systemtheorie auf die Biologie (vgl. ebd.). Das Biopsychosoziale Modell stellt keine Ergänzung zum biomedizinischen Modell der Medizin dar, sondern ein Gegenmodell (vgl. Egger 2017:10). Das biomedizinische Modell sagt aus, dass Krankheiten entstehen, weil Körperfunktionen Störungen aufweisen (vgl. DocCheck 2020:1). Diese Störungen können biochemisch oder physikalisch nachgewiesen werden (vgl. ebd.). Innerhalb des biomedizinischen Modells genügt zur Herstellung von Gesundheit ein*e Ärzt*In, dem*der ausreichend Störungen und ihre Behandlung bekannt sind. Der*Die Patient*In ist kaum bis nicht in den Genesungsprozess involviert (vgl. Egger 2017:36). Das Biopsychosoziale Modell ist komplexer:

„Hier [im Biopsychosozialen Model; L.G.] gilt nämlich, dass bei jedem Krankheitsprozess prinzipiell auch psychologische und ökosoziale Faktoren als potentielle Einflussgröße zu kalkulieren sind [...]“ (Egger 2017:16)

Auf die psychologischen und ökosozialen Faktoren hat das medizinische Personal nur sehr beschränkten Einfluss (vgl. Egger 2017:13). Zu den ökosozialen Faktoren gehört beispielsweise das Milieu des*der Patient*In (vgl. Egger 2017:11-13). Daraus lässt sich schlussfolgern, dass in diesem Modell der*die Patient*In, sowie die Personen in seinem*ihrem Umfeld, ebenso wie das medizinische Personal zur Herstellung von Gesundheit beitragen, und daher in den Genesungsprozess mit einbezogen werden sollten.

Es gibt innerhalb des Biopsychosozialen Modells keine psychosomatischen Krankheiten im klassischen Sinne (vgl. Egger 2017:15-16). Psychosomatische Krankheiten im klassischen

Sinne sind somatische Erkrankungen, die durch psychischen Einfluss hervorgerufen werden (vgl. Monks o.A.). Demnach gibt es psychosomatische Erkrankungen und Erkrankungen, die rein somatisch sind. Da im Biopsychosozialen Modell sowohl psychische als auch sozioökonomische Einflussfaktoren bei jeder Erkrankung eine Rolle spielen, müsste jede Erkrankung als psychosomatische betrachtet werden und die Unterscheidung ist damit obsolet (vgl. Egger 2017:15-16). Allerdings ist einzuwenden, dass die Psychosomatik sich heutzutage auf das Biopsychosoziale Modell beruft:

„Sie [die Psychosomatik; L.G.] betont beim Vorliegen von körperlichen Störungen die Berücksichtigung von geistig-seelischen und sozialen Faktoren für das Verständnis von Krankheitsentwicklung und Heilung.“ (Monks o.A.)

Die Psychosomatik geht also heute nach dem Biopsychosozialen Modell vor (vgl. ebd.). Sie unterscheidet sich von anderen Krankheitsmodellen dahingehend, dass sie das Biopsychosoziale Modell speziell betont (vgl. ebd.).

Eine Gefahr, die Egger darin sieht (und der ich mich anschließe) ist, dass die Integration des Biopsychosozialen Modells in die Medizin, unter dem Namen der Psychosomatik dazu führen kann, dass Begriffe nicht klar definiert werden, bzw. nicht ihrer Definition entsprechend verwendet werden (vgl. Egger 2017:15). Das begründet er unter anderem darin, dass Begriffe der Psychosomatik bereits in der Umgangssprache angekommen sind (vgl. ebd.). Ein ähnliches Problem finden wir umgekehrt bei der Salutogenese. Das Biopsychosoziale Modell, nach Egger, bedient sich beispielsweise des Gesundheitsbegriffes des neueren Modells der Salutogenese (vgl. Bengel / Strittmatter / Willmann 2001:18; Egger 2017:23). Es unterscheidet sich aber in der Orientierung an Krankheit oder Gesundheit. Im Gegensatz zur Salutogenese ist das Biopsychosoziale Modell ein Krankheitsmodell und kein Gesundheitsmodell (vgl. Bengel / Strittmatter / Willmann 2001:18). Es befasst sich daher mit der Entstehung von Krankheiten und ist somit krankheitsorientiert (vgl. ebd.).

Da meine Arbeit sich mit der Primärversorgung befasst, ist sie in dem Feld der Krankenversorgung anzusiedeln (vgl. BMSGPK 2019a:1). Daher habe ich mich dazu entschieden, in dieser Arbeit ein Krankheitsmodell (das Biopsychosoziale Modell) zu bearbeiten und kein Gesundheitsmodell (Salutogenese), jedoch auf Formulierungen aus der Psychosomatik weitestgehend zu verzichten. Ich habe die Mehrdeutigkeit der Begrifflichkeiten (speziell im praktischen Sprachgebrauch) aber in der Ausarbeitung meiner Interviewleitfäden und innerhalb der Interviews sowie deren Auswertung berücksichtigt.

Egger betont, dass die einzelnen Berufsgruppen weiterhin vornehmlich auf den ihnen vertrauten Systemebenen agieren (vgl. Egger 2017:41ff). Gleichzeitig dazu findet aber eine Simultandiagnostik auf den anderen Systemebenen statt (vgl. ebd.)

2.1 Gesundheit und Krankheit nach dem Biopsychosozialen Modell

Innerhalb des Biopsychosozialen Modells wird Gesundheit nach der Salutogenese betrachtet: (vgl. Bengel / Strittmatter / Willmann 2001:89). Gesundheit ist im Biopsychosozialen Modell kein Zustand, der erreicht werden kann (vgl. Egger 2017:13). Stattdessen wird Gesundheit ständig hergestellt und erhalten (vgl. ebd.). Dabei spielen biologische, psychologische und sozioökonomische Einflüsse eine Rolle (vgl. ebd.).

Unter Gesundheit wird, nach Egger, im Biopsychosozialen Modell die Fähigkeit des Individuums, verstandenen Störungen (beispielsweise Keime), auf beliebiger Systemebene, autoregulativ zu bewältigen (vgl. Egger 2017:23). Das heißt eine Person ist beispielsweise dann weniger krank, wenn sie auf der biologischen Systemebene ein Immunsystem hat, das selbstständig Keime bekämpfen kann, ohne beispielsweise eine Heilimpfung zu benötigen. Auf der ökosozialen Systemebene wäre zum Beispiel der Zugang zum Gesundheitssystem oder genügend Einkommen, um eine Behandlung bezahlen zu können, Teil der Gesundheit. Ebenso zur ökosozialen Systemebene zähle ich, in diesem Beispiel, ein soziales Netz, das die Pflege der Person während des Vorkommens der Keime übernimmt.

„[Krankheit; L.G.] stellt sich [laut Egger; L.G.] dann ein, wenn der Organismus die autoregulative Kompetenz zur Bewältigung von auftretenden Störungen nicht ausreichend zur Verfügung stellen kann und relevante Regelkreise für die Funktionstüchtigkeit des Individuums überfordert sind bzw. ausfallen.“ (Egger 2017:23)

Krankheit wird hier also als das Fehlen von Gesundheit beschrieben.

2.2 Soziale und Sozioökonomische Einflussfaktoren auf Krankheit und Gesundheit

Die Doktorarbeit von Ninon Latz (2011) befasst sich mit dem Einfluss der Sozioökonomie, der Umwelt und der medizinischen Versorgung auf die Lebenserwartung der Bevölkerung Deutschlands. Anhand der Lebenserwartung zieht der Autor Rückschlüsse auf den Einfluss, der drei genannten Bereiche, auf die Gesundheit (vgl. ebd.). Ergebnis der Forschung war, dass die Sozioökonomischen Bedingungen den größten Einfluss auf die Gesundheit haben (vgl. ebd.).

Krankheit wird im Biopsychosozialen Modell als das Fehlen von Gesundheit beschrieben (vgl. Kapitel 1.1). Dies erinnert an Ilse Arlts ‚Grundlagen der Fürsorge‘ in dem sie Armut als eine Negation des menschlichen Gedeihens beschreibt (vgl. Maiss / Pantuceck 2009:100). Außerdem beschreibt Arlt 13 Bedürfnisklassen, in denen Armut auftreten kann, diese gehen über materielle Armut hinaus (vgl. Maiss / Pantuceck 2009:87-88):

- „1. Ernährung,
- 2. Wohnung,
- 3. Körperpflege,
- 4. Kleidung,

- 5. Erholung,
- 6. Luft,
- 7. Erziehung,
- 8. Geistespflege,
- 9. Rechtsschutz,
- 10. Familienleben,
- 11. ärztliche Hilfe und Krankenpflege,
- 12. Unfallverhütung,
- 12. Erziehung zur Wirtschaftlichen Tüchtigkeit“ (ebd.)

Auf die soziale Systemebene von Gesundheit bezogen lassen sich Arlts Bedürfnisklassen – meiner Auffassung nach – als soziale und sozioökonomische Einflussfaktoren auf Krankheit und Gesundheit interpretieren.

Göran Dahlgren und Margaret Whitehead entwickelten 1991 das Regenbogenmodell (vgl. ESCR 2015). Mit Hilfe dieses Modells stellen sie den Einfluss von sozialen Faktoren auf Gesundheit dar (vgl. ebd.).

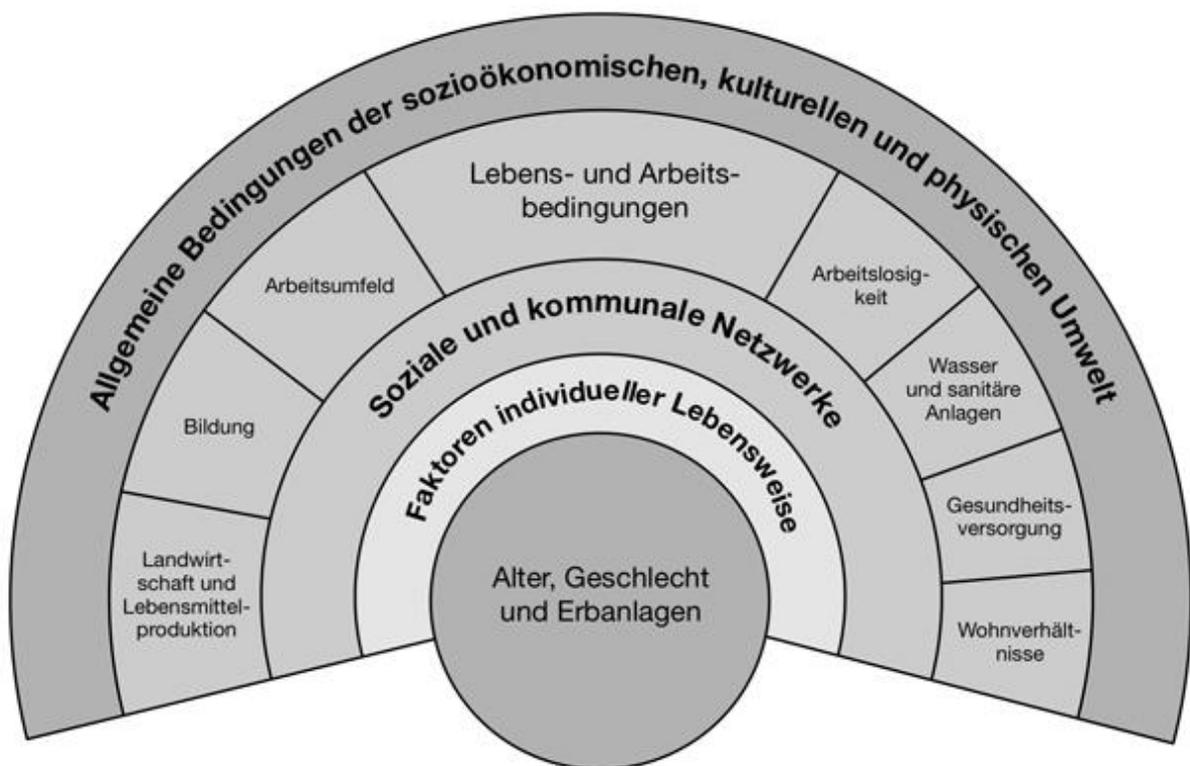


Abbildung 1: Determinanten der Gesundheit. (Hurrelmann/Richter 2018:2)

Im Zentrum des Modells stehen innerpersönliche Einflüsse (vgl. Dahlgren / Whitehead 2006:20-21). Diese sind nur schwer oder nicht veränderbar (vgl. ebd.). Dazu gehören beispielsweise Alter, biologisches Geschlecht, Ethnie oder eine Beeinträchtigung, aber auch Körpergewicht oder Fähigkeiten. Um diese Faktoren herum werden in Schichten weitere Einflussfaktoren beschrieben, die veränderbar sind (vgl. ebd.). Die erste Schicht sind Faktoren

der individuellen Lebensweise (vgl. ebd.). Dazu gehört beispielsweise, wie eine Person sich ernährt, ob sie Suchtmittel (legale wie illegale) konsumiert oder ob sie Sport betreibt, etc. Die zweite Schicht beschreibt den Einfluss der direkten sozialen Umgebung einer Person, wie Freundesgruppen oder Familie (vgl. ebd.). Die dritte Schicht bezeichnet Arbeits- und Lebensbedingungen als Einflussfaktoren auf Gesundheit (vgl. ebd.). Dazu zählt beispielsweise die Wohnbedingungen einer Person (Ist Asbest verbaut? Ist genug Wohnraum für alle Haushaltsmitglieder zur Verfügung? Ist der Wohnraum leistungsfähig?) oder ihre Bildung beziehungsweise Bildungsmöglichkeiten (vgl. ebd.). Ebenso dazu zählen die Landwirtschaft und die Essensproduktion, Arbeitsumwelt, Arbeitslosigkeit, Wasser und Abwasserbeseitigung sowie das Gesundheitswesen (vgl. ebd.). Die vierte und letzte Schicht besteht aus generellen sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umweltbedingungen (vgl. ebd.). Diese Schichten wirken gegenseitig aufeinander, besonders aber die äußeren auf die inneren (vgl. ebd.). So haben beispielsweise die Verhaltensregeln der Freundesgruppen einen direkten Einfluss auf das individuelle Verhalten einer Person. Ebenso könne Bildung und Wohnort einen direkten Einfluss darauf haben, in welchen sozialen Gruppen sich eine Person bewegt etc.

Die nachfolgenden Kapitel geben Beispiele für die Wirkung der einzelnen Schichten des Regenbogenmodells. Dadurch soll die Wirkung dieser Schichten verdeutlicht werden.

2.2.1 Innerpersönliche Einflüsse

Der Einfluss von innerpersönlichen Merkmalen zeigt sich beispielsweise in der subjektiven Einschätzung der Gesundheit (vgl. Richter / Schmid 2011:274). Diese wurde 2014 von der Statistik Austria im Rahmen der Austrian Health Interview Survey abgefragt (vgl. Klimont et al. 2016:32–33). Frauen schätzten ihren Gesundheitszustand schlechter ein als Männer, derselben Alters- und Einkommensgruppe (vgl. ebd.). Ebenso schätzen ältere Personen ihren Gesundheitszustand im Durchschnitt schlechter ein als jüngere Personen (vgl. ebd.). Aus sozialarbeiterischer Perspektive ist der Unterschied in der subjektiven Einschätzung von Männern und Frauen dahingehend interessant, dass es dafür keine augenscheinliche biologische Begründung gibt. Es ist daher davon auszugehen, dass gesellschaftliche Erwartungen an und Verhaltensregeln für die Geschlechter die Angaben zur eigenen Gesundheit sowie deren Einschätzung selbst beeinflussen.

Ein weiterer Einfluss des Geschlechtes wird in dem Buch ‚Resilienz‘ beschrieben: Dort wird angenommen, dass Schutzfaktoren je nach Geschlecht unterschiedliche Wirkung zeigen (vgl. Fröhlich-Gildhoff / Röhnau-Böse 2014:30).

Eine Studie von Dries Vervecken und Bettina Hannover zeigt auf, dass gendersensible Sprache einen Einfluss auf die Einschätzung der eigenen Fähigkeiten von weiblichen und männlichen Kindern hat (vgl. Vervecken / Hannover 2015). Das Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsument*Innenschutz identifiziert ‚gender‘ (also das soziale Geschlecht) als determinierenden Faktor auf die Gesundheit (vgl. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2020:1).

2.2.2 Einflüsse des individuellen Verhaltens

Dass das individuelle Verhalten Einfluss auf die Gesundheit hat, ist bekannt. Aufforderungen mehr Sport zu betreiben, nicht zu rauchen oder sich gesünder zu ernähren erinnern daran. Dies sind Verhaltensweisen, die einen direkten Einfluss auf den biologischen Körper haben.

Ein Beispiel für gesundheitsschädigendes Verhalten, das sich eher als sozioökonomischer Einflussfaktor beschreiben lässt, wäre beispielsweise das Verdrängen von Schulden: „Eine Studie der Universitäten Mainz und Erlangen-Nürnberg hat ergeben, dass 79 Prozent der Klienten und Klientinnen von Schuldenberatungen an mindestens einer Krankheit leiden“ (BMSGPK 2019b)

Vertreter*Innen des Setting-Ansatzes ermahnen dazu, dem individuellen Gesundheitsverhalten nicht zu viel Bedeutung beizumessen, da dies zur Beschämung der Patient*Innen führen kann (vgl. Geene / Lehmann 2018:38). Aufforderungen zu beispielsweise einer gesünderen Ernährung können bei Personen, denen monetäre und zeitliche Ressourcen oder das kulturelle Kapital, um sich gesund zu ernähren, fehlt Scham hervorrufen (vgl. Richter / Schmid 2011:283-284)

Veronika Richter und Tom Schmid lösen das Spannungsverhältnis zwischen Verhalten und Verhältnissen, mit Hilfe der Kapitalsorten von Pierre Bourdieu auf (vgl. ebd.). Sie kommen zu dem Schluss, dass sowohl individuelles Verhalten als auch Verhältnisse zur Gesundheit beitragen (vgl. ebd.).

2.2.3 Einflüsse der sozialen Umwelt

In dem Buch ‚Resilienz‘ beschreiben Fröhlich-Gildhoff und Rönna-Böse, dass die Resilienz, also die seelische Widerstandskraft, größtenteils auf sozialen Beziehungen beruht (vgl. Fröhlich-Gildhoff / Rönna-Böse 2014:30-31). Im medizinischen Kontext bedeutet das, dass Krankheiten, wenn ein solides soziales-Netz besteht, bessere Chancen haben erfolgreich therapiert zu werden. Nachgewiesen ist dies beispielsweise für Krebserkrankungen (vgl. Herscovici o.A.).

Aus einer Studie der University of California geht hervor, dass Allianzen das Stresslevel von Frauen senken (vgl. Taylor et al. 2000:421-422). Die Forscher*Innen prägen in der Arbeit den Begriff ‚tend-and-befriend‘ mit dem sie eine Stressreaktion beschreiben (vgl. Taylor et al. 2000:411). Sie wiesen nach, dass Frauen, wenn sie gestresst werden, dazu tendieren mit anderen Frauen Allianzen zu bilden (vgl. ebd.). Die Forscher*Innen arbeiteten heraus, dass Frauen eher dazu tendieren, diese Stressreaktion zu zeigen, nehmen aber Bezug auf eine andere Forschung von 1995 in der nachgewiesen wurde, dass physische Zeichen von Aufgeregtheit von Männern durch Zuwendung erfolgreich reduziert werden kann (vgl. Taylor et al 2000:418).

Ein weiteres Beispiel für die Wirkung des direkten sozialen Umfeldes auf die Gesundheit bietet das Modell der Sucht Trias (vgl. Sucht Schweiz 2013:3-4). In diesem Modell wird als mögliche Ursachen für Sucht, neben der Droge (bspw. Verfügbarkeit) und der Person (bspw. Persönlichkeitsfaktoren, genetische Dispositionen) auch die Umwelt bezeichnet (vgl. ebd.). Diese wird noch einmal unterschieden in Gesellschaft und sozialen Nahraum (vgl. ebd.). Zur Entstehung einer Suchterkrankung können, laut diesem Modell, beispielsweise Suchtbelastungen in der Familie oder ein problematischer sozialer Status in der Peergruppe beitragen (vgl. ebd.).

2.2.4 Einflüsse der Lebens- und Arbeitsbedingungen

Die Arbeiterkammer Oberösterreich gab 2018 eine Broschüre mit dem Titel ‚Wie Arbeitsbedingungen die Gesundheit beeinflussen‘ heraus. Darin wird das Auftreten von psychischen Erkrankungen mit Arbeitsbelastungen in Verbindung gebracht (vgl. Arbeiterkammer Oberösterreich 2018:6-7). Die am häufigsten genannte Belastung ist Zeitdruck (vgl. ebd.). Ebenfalls aufgeführt werden:

- Stressempfinden/Druck
- Demotivation
- Unfähigkeit abzuschalten
- Depression
- Gefühl der Erschöpfung und Überbelastung
- Gereiztheit
- Gefühl der Sinnleere (vgl. ebd.)

Diese Arbeitsbelastungen werden in der Broschüre als psychische Belastungen angeführt. Sie müssen jedoch in einem sozialen Kontext betrachtet werden. Es ist auffällig, dass Personen, die Berufen, die gesellschaftlich wenig Anerkennung finden, nachgehen ihre Belastung höher einschätzen als Personen deren Beruf Anerkennung hat (vgl. ebd.). 45 % der befragten Regalbetreuer*Innen gaben an, stark belastet zu sein (vgl. ebd.). Anwält*Innen gaben hingegen nur zu 13 % an stark belastet zu sein (vgl. ebd.).

In der Broschüre wird der Einfluss der Arbeitszeit auf die Gesundheit dargelegt (vgl. Arbeiterkammer Oberösterreich 2018:8-9). Aspekte der Arbeitszeit, die Einfluss auf die Gesundheit haben, sind:

- Dauer
- Lage
- Verteilung
- Dynamik (vgl. ebd.).

Dauer, Lage, Verteilung und Dynamik von Arbeitszeiten sind abhängig vom gesetzlichen Rahmen und somit als soziale Einflussfaktoren zu interpretieren.

Zu den Lebensbedingungen gehört die Infrastruktur. Pendeln hat negative Auswirkungen auf die Gesundheit (vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2018:1-2). Das bedeutet, eine Infrastruktur, die es notwendig macht, dass Arbeitnehmer*Innen pendeln müssen, hat negative Auswirkungen auf die Gesundheit.

Eine weitere Lebensbedingung, die auf die Gesundheit wirkt, ist die Wohnsituation. Beispiele für gesundheitsgefährdende Wohnsituationen sind:

- Schimmelbefall
- Asbest
- Bleirohre
- Lärm (vgl. Funke Zeitschriften 2014:1-3).

2.2.5 Einflüsse von generellen sozioökonomischen, kulturellen und physische Umweltbedingungen

Der Fond gesundes Österreich gibt folgende Beispiele für die generellen sozioökonomischen, kulturellen und physischen Umweltbedingungen die laut dem Modell von Dahlgren und Whitehead Einfluss auf die Gesundheit haben:

- „Wirtschaftliche Entwicklung,
- Produktivität,
- Wohlstand,
- Globalisierung,
- natürliche Umwelt,
- Finanzwesen,
- Vermögens- und Einkommensverteilung,
- Gesetzliche Rahmenbedingungen,
- Werte,
- Normen,
- Stadt- und Raumplanung,
- Infrastruktur,
- Medien,
- Ökologie,
- Ressourcen,
- Klimaschutz,
- Sicherheit,
- Friede,
- Gewaltfreiheit“. (Gesundheit Österreich GmbH o.A.:2)

Beispielhaft für die gesundheitlichen Auswirkungen der wirtschaftlichen Entwicklung ist eine Wirtschaftskrise. In der Marienthalstudie wurde nachgewiesen, dass langandauernde Arbeitslosigkeit sich negativ auf die Gesundheit Betroffener auswirken kann (vgl. Bühler 1933:48-51). In der Studie von 1933 wurden Familien aus Marienthal, die von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen waren, untersucht (vgl. ebd.). Die Forscher*Innen

unterteilten die Familien in vier Kategorien: ungebrochen, resigniert, verzweifelt und apathisch (vgl. ebd.). Von 100 Familien teilten die Forscher*Innen nur 16 in die Kategorie ‚ungebrochen‘ ein (vgl. ebd.). Bei den übrigen 84 Familien zeigte die Langzeitarbeitslosigkeit Folgen wie Hoffnungslosigkeit, maximale Einschränkung der Bedürfnisse, Verzweiflung und Depression. Von Anfang März 2020 bis Mitte April 2020 verdoppelte sich die Zahl an Arbeitslosen in Österreich beinahe (vgl. Arbeitsmarktservice Österreich 2020:1). Dies steht im Zusammenhang mit der Covid-19 Pandemie. Hier wird der Zusammenhang zwischen verschiedenen Systemebenen von Gesundheit deutlich. Die Covid-19 Pandemie macht auch durch die Krankenhausauslastungen sozioökonomische Einflüsse auf Gesundheit sichtbar. Erkrankte in Ländern, deren Gesundheitssystem nicht überlastet ist, sind nach dem Biopsychosozialen Modell weniger krank als Erkrankte, die keine Behandlung bekommen können.

2019 wurde von der Wirtschaftskammer angeregt, Krankenstände strenger kontrollieren zu können (vgl. Stefan/Bruckner 2019:1). Laut der Arbeiterkammer Oberösterreich gingen 2016 33 % der österreichischen Arbeitnehmer*Innen krank zur Arbeit (vgl. Arbeiterkammer Oberösterreich 2018:10). Von diesen gaben 18 % an, dass sie ansonsten Angst vor Konsequenzen (bspw. Kündigung) haben (vgl. ebd.). Es ist davon auszugehen, dass die Androhung von strengeren Kontrollen mehr Präsentismus zur Folge hat. Präsentismus hat negative Auswirkungen auf die Gesundheit (vgl. ebd.). Beispielsweise dauern Erkrankungen länger an und es kommt zu Rückfällen (vgl. ebd.). Die Anregung der Wirtschaftskammer ist daher ein Beispiel dafür, wie die gesetzlichen Rahmenbedingungen als sozioökonomische Einflussfaktoren auf Gesundheit wirken.

2.3 Fazit für die Arbeit in der Primärversorgung

Was bedeutet das Biopsychosoziale Modell für die österreichische Primärversorgung? Egger schreibt, dass die Vertreter*Innen der Gesundheitsprofessionen weiterhin Expert*Innen für ihre Systemebene bleiben (vgl. Egger 2017:41). Das bedeutet zum Beispiel, dass Hausärzt*Innen auf der biologischen Systemebene behandeln und Sozialarbeiter*Innen auf der sozialen Systemebene.

Das Biopsychosoziale Modell erlangt dadurch Relevanz, dass ein Bewusstsein für weitere Systemebenen geschaffen wird. Das Biopsychosoziale Modell ermöglicht es, Gesundheitsprofessionist*Innen Einflussfaktoren auf Gesundheit wahrzunehmen, die über ihren direkten Kompetenzbereich hinausgehen. Während nicht verlangt werden kann, dass alle Gesundheitsprofessionist*Innen alle Einflüsse auf Gesundheit kennen, ist es dennoch sinnvoll, wenn sie weitere Systemebenen wahrnehmen. Beispiel: Von einem*einer Hausärzt*In wird nicht erwartet, dass er*sie alle sozialen Einflussfaktoren kennt oder gar behandelt. Dennoch ist es von Vorteil, wenn er*sie eine Patient*In, der*die berichtet gerade arbeitslos geworden zu sein und große Angst vor der Zukunft zu haben, nicht einfach wegschickt, da es nicht sein*ihr direkter Kompetenzbereich ist. Ein*eine Ärzt*In der*die Gesundheit nach dem Biopsychosozialen Modell versteht kann hier weitere Systemebenen erkennen und den*die Patient*In an eine geeignete Professionist*In überweisen. Ähnlich wie

Hausärzt*Innen es bereits bei Fachärzt*Innen tun. Die Definitionen von Gesundheit und Krankheit werden durch das Biopsychosoziale Modell ausgeweitet.

3 Ergebnisse

3.1 Alle Professionist*Innen haben mindestens Teilaspekte des Biopsychosozialen Modells in ihrem Gesundheitsverständnis

Laut IP1 wird in der Gesundheits- und Krankenpflege Gesundheit nach dem Biopsychosozialen und nach dem Salutogenetischen Modell verstanden (vgl. T11:243ff). Das entspricht dem Gesundheitsverständnis von Sozialarbeiter*Innen. IP1 gibt an, dass die Gesundheits- und Krankenpflege historisch einen pathogenetischen Blickwinkel hat (vgl. T11:43-44). Und auch heute der Fokus der Ausbildung auf der biologischen Krankheit liegt (vgl. ebd.). Dieses Wissen ist notwendig um Patient*Innen pflegen zu können. Darin unterscheidet sie sich von der Sozialen Arbeit, die ihren Fokus auf Gesundheitsförderung und Prävention legt.

IP2 gab auf die Frage nach dem Gesundheitsverständnis die Definition der WHO (World Health Organisation) an:

„ja prinzipiell ist das Verständnis von Gesundheit, es gibt ja eine Definition der WHO. [...] wie soll ich'n das jetzt erklären? Das ist eigentlich eh relativ gut zusammengefasst, weil du kannst weder die physische noch die psychische Gesundheit, ähm für sich stehen lassen.“ (IT2:197-200)

Es fällt IP2 schwer die Definition der WHO in Worte zu fassen: „wie soll ich'n das jetzt erklären?“ (IT2:198-199). IP2 beschreibt dann die Untrennbarkeit von physischer und psychischer Gesundheit. Dies unterscheidet sich von der Definition des Biopsychosozialen Modells dahingehend, dass es in diesem Modell keine voneinander getrennten Gesundheit gibt. Im Biopsychosozialen Modell wird die Gesundheit von sozialen, physischen und psychischen Einflussfaktoren mitbestimmt. Es handelt sich aber um dieselbe Gesundheit. Es kann sich dabei allerdings um einen lediglich sprachlichen Unterschied und nicht um ein unterschiedliches Verständnis handeln, der aus der Orientierung von IP2 an der Alltagssprache resultiert.

Die WHO spricht von Gesundheit als „[...] umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden [...]“ (WHO 1986). IP2 spricht das körperliche (physische) und das seelische (psychische) Wohlbefinden an. Das soziale Wohlbefinden wird von IP2 nicht angesprochen.

Dennoch zeigt IP2 in diesem Zitat ein systemisches Verständnis von Gesundheit. Ebenso in dem nächsten Zitat:

„Also da kann man schon feststellen, dass des an riesen Zusammenhang hat. Das man das einfach nie, nie alleine für sich so stehen lassen kann.“ (T12:221-222)

Das systemische Verständnis wird hier durch die doppelte Verwendung des Wortes ‚nie‘ unterstrichen. Das Gesundheitsverständnis von IP2 stimmt hier also mit dem des Biopsychosozialen Modells überein.

In dem folgenden Zitat spricht IP2 die drei relevanten Systemebenen des Biopsychosozialen Modells an:

„Patienten, die sich selber dann in einer Situation dann schon nicht mehr so raussehen. Und merken, sie haben jetzt keine Hilfe mehr von Angehörigen oder sie wirken so ein bisschen verloren, sie kommen mit den Medikamenten nicht mehr zurecht, oder sie wissen nicht mehr, wie sie zu den Leistungen oder den Sachen kommen sollen, ja?“ (T12:175-179)

Im ersten Satz: „Patienten, die sich selber dann in einer Situation dann schon nicht mehr so raussehen.“ (T12:175-176) wird ein psychologischer Einfluss auf die Krankheit zum Ausdruck gebracht. Die Krankheit der Patient*Innen wird von der psychologischen Seite dadurch verstärkt, dass eine eingeschränkte Wahrnehmung stattfindet. Im zweiten Satz werden drei soziale Einflussfaktoren beschrieben. Erstens ein eingeschränktes soziales Netz: „sie haben jetzt keine Hilfe mehr von Angehörigen“ (T12:176-177). Zweitens das Nicht-Nutzen-Können von Hilfen: „sie kommen mit den Medikamenten nicht mehr zurecht“ (T12:177-178), das biologische und soziale Komponenten haben kann (dies kann zum Beispiel daran liegen, dass die Einnahme nicht ausreichend erklärt worden ist und die Person mit dem Beipackzettel nicht umgehen kann, weil die Anweisungen nicht in ihrer Muttersprache vorhanden sind. Es kann aber auch einen biologischen Ursprung haben, wie, dass die Person aufgrund einer Demenz vergisst, die Tabletten zu nehmen.). Drittens das Navigieren durch ein bürokratisches Hilfe- bzw. Anspruchssystem: „oder sie wissen nicht mehr, wie sie zu den Leistungen oder den Sachen kommen“ (T12:178).

Im Biopsychosozialen Modell sind Krankheiten Störungen, die vom Individuum nicht autoregulativ beseitigt werden können (vgl. Egger 2017:23). IP3 gibt an, dass sie seit sie Medizin studiert einen Grippalen Infekt nicht mehr grundsätzlich als Krankheit betrachtet (vgl. T13:23-25). Als Begründung dafür gibt IP3 an, dass Grippale Infekte in der Regel autoregulativ bewältigt werden können:

„Also würde ich eher sagen, wenn jemand so wirklich krank ist und dann zum Arzt geht dann sollte das auch was sein, dass er alleine nicht hinbekommt.“ (T13:38-39)

Das Krankheitsverständnis von IP3 stimmt hier mit dem des Biopsychosozialen Modells und damit dem der Sozialen Arbeit überein.

Das folgende Zitat deutet hingegen auf ein biomedizinisches Verständnis von Gesundheit durch IP3 hin:

„ja das [die Allgemeinmedizin; LG] ist irgendwie, finde ich, voll viel reden und alles und ein bisschen Medikamente aufschreiben aber nie so wirklich die Ursache behandeln.“ (T13:269-270)

In dem biomedizinischen Krankheitsmodell wird davon ausgegangen, dass Krankheiten biochemisch oder physikalisch nachweisbare Störungen der Körperfunktion sind (DocCheck 2020:1). Ein*Eine Ärzt*In kann Krankheiten erfolgreich behandeln, wenn ihm*ihr genug Störungen und deren Ursachen und Behandlungen bekannt sind. Da es sich bei dem Biomedizinischen Krankheitsmodell um ein Gegenmodell zum Biopsychosozialen handelt gibt es hier keine Übereinstimmung mit dem Krankheitsmodell der Sozialen Arbeit.

Wurde IP3 das erweiterte Biopsychosoziale Modell erklärt und sie wurde gefragt, ob sie von diesem im Studium gehört hat. IP3 antwortete: „Ja wahrscheinlich so, nicht unter dem Begriff aber schon, dass halt alles eine Rolle spielt.“ (T13:359). Der Zusammenhang zwischen den Systemebenen ergibt für IP3 Sinn, sie hat allerdings kein konkretes theoretisches Modell, um diesen nachvollziehen zu können. Dieses Ergebnis wird durch die Verwendung des Wortes ‚wahrscheinlich‘ und die vorsichtige Formulierung „[...] halt alles eine Rolle spielt [...]“ (T13:359) gestützt.

Es wird deutlich, dass lediglich die Gesundheits- und Krankenpflege explizit das Biopsychosoziale Modell als theoretische Orientierung verwendet. Dennoch haben auch die anderen beiden Repräsentant*Innen Aspekte des Biopsychosozialen Modells (systemisches Verständnis und Krankheit als autoregulativ nicht bewältigbare Störung) in ihrem Gesundheitsverständnis.

3.2 Alle Professionist*innen erkennen, dass es soziale Einflussfaktoren auf Gesundheit gibt.

„Ja natürlich, wenn Armut das Thema ist, was aber nicht immer auf die Finanzen bezogen ist, aber Armut mit allen Auswirkungen.“ (T11:282-283)

IP1 nennt hier einen großen ökosozialen Einflussfaktor auf Gesundheit. Bemerkenswert ist auch, dass IP1 Armut hier nicht nur auf materielle Armut begrenzt. Im Literaturteil dieser Arbeit ist die Definition von Armut durch Ilse Arlt, eine der Gründermütter der Sozialen Arbeit, beschrieben.

„[...] in Corona-Zeiten, kommt das am Telefon zeitweise schon raus, also dann fangen sie am Telefon an zu erzählen.“ (T12:73-74)

IP2 zeigt hier ein Gespür für veränderte Bedürfnisse in Krisenzeiten. Corona kann als soziale Krise beschrieben werden. Unter anderem, da durch die Social-Distancing-Maßnahmen das soziale Netz vieler Personen eingeschränkt beziehungsweise weniger nutzbar wurde. IP2 erkennt, dass die Patient*Innen in einer sozialen Krise andere Bedürfnisse an das Gesundheitssystem stellen.

Auch IP3 spricht über Veränderungen in der sozialen Krise und erwähnt dabei einen konkreten sozialen Einflussfaktor:

„sie [die Patient*Innen; LG] können viel mehr auf ihre Bedürfnisse schauen und müssen nicht in die Arbeit gehen, wenn sie eigentlich nicht können oder sonst irgendwas, weil ja eh alles home office ist meistens. und andere wiederum denen geht es viel schlechter.“ (T13:247-251)

IP3 spricht über die Arbeitsbedingungen als Einflussfaktoren auf die Gesundheit. Dahlgren und Whitehead identifizieren die Arbeitsbedingungen als sozialen Einflussfaktor auf die Gesundheit (vgl. Dahlgren / Whitehead 2006:20-21). IP3 spricht also einen konkreten sozialen Einflussfaktor an.

Alle Interviewpersonen nannten soziale Einflussfaktoren auf die Gesundheit.

3.3 Das Erkennen von sozialen Einflussfaktoren genügt nicht, um die Relevanz Sozialer Arbeit als Gesundheitsprofession zu verdeutlichen

„Also wir sind, wir ham a breite gesetzliche Grundlage, das ist ja wirklich super, aber wir müssen uns da schon sehr genau gesetzlich auskennen, weil ich kann mich erinnern in der Mobilen Pflege und Betreuung ich hab immer müssen überlegen ist des noch gesetzlich gedeckt oder bin ich da schon im Schwarzbereich, grad gegenüber den Therapieberufen und auch natürlich den ärztlichen Berufen“ (T11:336-340)

Die gesetzliche Verankerung gibt den Gesundheitsberufen einen Handlungsrahmen. IP1 spricht zwei der drei relevanten Systemebenen des Biopsychosozialen Modells an. Die Soziale Systemebene wird nicht angesprochen, da diese keine eigene gesetzliche Verankerung hat. Der Handlungsrahmen wird auch durch die Handlungsrahmen der anderen Gesundheitsberufe festgelegt. Die Abgrenzung ist in ihren Details nicht bewusst, aber es ist klar, dass es eine Abgrenzung gibt und dass die Details in den Berufsgesetzen nachgelesen werden können. Zur Sozialen Arbeit fehlt diese gesetzliche Abgrenzung:

„[...] da hat man natürlich in der Gesundheits- und Krankenpflege viele soziale Tätigkeiten übernommen, die gesetzlich nicht, so wie bei den Psychologen ist die Grenzüberschreitung ja nicht gegeben, da hat man ja in der Sozialen Arbeit nicht so schauen müssen: bis dahin darf ich, aber weiter darf ich nicht.“ (T11:299-303)

Für diese Arbeit bedeutete dies, dass das Biopsychosoziale Modell nicht der Weg zu einer Integration der Sozialen Arbeit in die österreichischen Primärversorgungseinrichtungen ist. Die Gesundheits- und Krankenpflege hat dasselbe Gesundheitsverständnis wie die Soziale Arbeit, aber die Aufgaben der Sozialen Arbeit sind dennoch nicht klar. Wichtiger als das gleiche Gesundheitsverständnis ist, Klarheit über die Kompetenzen der anderen Professionen zu haben.

IP2 hat keine klare Trennung des Kompetenzbereichs von Professionist*Innen, die auf der psychischen und der sozialen Systemebene arbeiten. Der*Die Sozialarbeiter*In wird an einer Stelle des Interviews als Psychotherapieberuf aufgezählt (vgl. T12:223-229).

Selbst wenn soziale Einflussfaktoren auf die Gesundheit erkannt werden, bedeutet dies in der Praxis nicht, dass Sozialarbeiter*Innen hinzugezogen werden. Sozialarbeiterische

Kompetenzbereiche werden teilweise selbst übernommen oder anderen Professionen zugeordnet. Um Sozialarbeiter*Innen als Gesundheitsprofessionist*Innen in Primärversorgungseinrichtungen zu integrieren, genügen ein geteiltes Gesundheitsverständnis und das Erkennen von sozialen Einflussfaktoren daher nicht.

3.4 Die Sozialen Einflussfaktoren, die erkannt werden, sind maßgeblich von persönlichen Erfahrungen, sozialem Milieu und der Zusammenarbeit mit Sozialarbeiter*Innen abhängig

Während der Auswertung des IT2 wurde ersichtlich, dass IP2 einen Einfluss des Sozialen auf die Gesundheit wahrnimmt. Diese Wahrnehmung beruht auf sozialem Milieu und persönlichen Erfahrungen:

„Wenn ein Ehepartner zum Beispiel stirbt bei Patienten und [...] die kommen dann, sind alleine und du merkst so richtig, wir sagen im Volksmund: die gengan zam“. (T12:203-205)

Die Verwendung des Wortes ‚Volksmund‘ und die Einnahme der 1. Person plural deuten darauf hin, dass sich IP2 hier mit einer sozialen Gruppe identifiziert. Und, dass die Annahme, Angehörige können gesundheitliche Folgen durch den Tod eines*einer Angehörigen davon tragen, Teil der Realitätskonstruktion dieser sozialen Gruppe ist. Der Einfluss des eigenen sozialen Milieus auf die Identifizierung sozialer Einflussfaktoren wird deutlich.

Auf die Frage, welche Fälle IP2 veranlassen, den*die Sozialarbeiter*In hinzuzuziehen, war das erste Beispiel pflegende Angehörige. Mit diesem Thema hat IP2 privat Erfahrungen. Das Thema „pflegende Angehörige“ wurde im 30-minütigen Interview von IP2 drei Mal angesprochen. Der Einfluss der persönlichen Erfahrungen auf die wahrgenommenen sozialen Einflussfaktoren ist klar.

IP2 gab an, dass soziale Einflussfaktoren, die wahrgenommen werden, auf die Zusammenarbeit mit Sozialarbeiter*Innen zurück gehen:

„[...] und natürlich wir essen gemeinsam, wir wir reden auch gemeinsam und dann fallen halt so Brocken [...]“ (T12:314-315)

„Wir haben aber auch Teambesprechungen, [...] wo dann auch der Sozialarbeiter oder die Sozialarbeiterin Case und Care Projekte vorstellen, die es gibt oder Adressen vorstellen, die es gibt und teilweise auch Mappen anlegen.“ (T12:314-320)

Was aus beiden Zitaten hervorgeht ist, dass für IP2 neben eigenen Erfahrungen und Realitätskonstruktion auch die Person des*der Sozialarbeiter*In mit dem*der zusammengearbeitet wird, ausschlaggebend für die Bildung eines sozialen Gesundheitsverständnisses ist.

Die Sozialen Einflussfaktoren, die erkannt werden, sind von sozialem Milieu und persönlichen Erfahrungen der Mitarbeiter*Innen sowie der Person des*der Sozialarbeiter*In abhängig.

3.5 Die Praxis hat einen stärkeren Einfluss auf das Gesundheitsverständnis und das Erkennen sozialer Einflussfaktoren als die Ausbildung

In ihrer Antwort auf die Frage, wann sie Kolleg*Innen von der Sozialen Arbeit einbeziehen würde, bezieht sich IP1 auf Erfahrungen aus der Praxis:

„Ja also ich kann mich erinnern sehr häufig haben wir natürlich, wenn es Sachwalterschaften gegeben hat oder wenn's so Vorsorgevollmacht oder ähh eben Verfügungen gegeben hat, also alles was so juristische Dinge sind haben wir immer mit Kollegen, Kolleginnen von der Sozialarbeit zusammengearbeitet.“ (T11:275-278)

Daraus kann gefolgert werden, dass die Zusammenarbeit mit Sozialarbeiter*Innen einen stärkeren Einfluss auf die Wahrnehmung sozialer Einflussfaktoren auf die Gesundheit hat, als die Ausbildung. Dies wird dadurch unterstrichen, dass IP1, als Dozent*In, einen starken Bezug zur Ausbildung hat und sich hier dennoch für Praxisbeispiele entscheidet.

Im Studienplan, der Universität an der IP3 studiert, steht, dass sich im ersten Semester mit den Fragen: Was ist Gesundheit? Was ist Krankheit auseinandergesetzt wird (vgl. Müller 2018:1). IP3 gab an, dass diese Themen, gemeinsam mit Ethik, in den ersten drei Wochen behandelt werden (vgl. T13:132-148). Auf die Frage, ob sich IP3 etwas aus den ersten drei Wochen mitnehmen konnte gab sie folgende Antwort:

„also vielleicht ich weiß nicht. Vielleicht haben wir so einen groben Überblick bekommen, aber ich glaube da waren einfach alle mit allem beschäftigt und nicht jetzt mit dem Vorlesungsstoff.“ (T13:147-148)

In dem folgenden Zitat gibt IP3 an, dass für sie die theoretischen Hintergründe einer Krankheit nicht ausreichend sind, um diese zu verstehen. IP3 gibt an, dass Symptome einer Krankheit zugeordnet werden können. Die Bedeutung einer Krankheit für den*die Patient*In wird aber erst in der Praxis, durch den persönlichen Kontakt, verständlich:

„natürlich weiß ich, wenn das jetzt hoch ist dann hat er das und das, wenn das niedrig ist, hat er das und das, aber es ist dann was anderes wenn wirklich ein Patient vor dir ist und alle Blutwerte kombiniert mit der Person vor dir“ (T13:51-63)

Diese Aussagen kombiniert mit dem Ergebnis aus Kapitel 3.4 zeigen auf, dass die Praxis einen stärkeren Einfluss auf das Gesundheitsverständnis und das Wahrnehmen von sozialen Einflussfaktoren hat als die Ausbildung.

3.6 Weitere Ergebnisse

3.6.1 Die Mitarbeiter*Innen in PVEs haben in Worte gefasste und nicht in Worte gefasste Indikatoren für soziale Einflussfaktoren auf die Gesundheit

IP2 spricht im folgenden Zitat über den Austausch mit einem*einer Ärzt*In:

„[...] aber wenn man natürlich schon so ein bisschen ein Gefühl hat, dann geht man schon einmal hin und sagt: du ich glaub des und des könnte reichen.“ (T12:85-86)

IP2 baut ihre Entscheidung dem*der Ärzt*In etwas über einen*eine Patient*In mitzuteilen auf etwas auf, das die Interviewperson ‚Gefühl‘ nennt. Dies indiziert, dass es keine Indikatoren für das Zuschalten eines*einer Sozialarbeiter*In gibt, die in Worte gefasst sind.

Das nächste Zitat widerspricht dieser These:

„Aber du merkst einfach, dass teilweise halt, das ist jetzt nur ein Beispiel, ja, die Frequenz [der Besuche in der PVE; L.G.] höher wird.“ (T12:212-213)

IP2 hat hier einen klar in Worte gefassten Indikator für das Zuschalten des*der Sozialarbeiter*In: die erhöhte Frequenz der Besuche der PVE durch einen*eine Patient*In.

Das Ergebnis ist, dass die Mitarbeiter*Innen in PVEs soziale Einflussfaktoren teilweise ‚spüren‘ können und teilweise klar formulierte Indikatoren haben.

3.6.2 Soziale Einflussfaktoren auf Gesundheit werden in der Ausbildung zum*zur Mediziner*In als unwesentlich eingestuft

Egger (2017) schreibt im Vorwort von ‚Theorie und Praxis der biopsychosozialen Medizin‘, dass er auf gendergerechte Sprache verzichtet (vgl. Egger 2017:10). Egger hat den ersten Lehrstuhl für Ärzt*Innen-Patient*Innen-Kommunikation im deutschen Sprachraum (Medizinische Universität Graz) inne (vgl. Medizinische Universität Graz 2020: 1-2).

Im Literaturkapitel dieser Arbeit wurde veranschaulicht, weshalb gendersensible Sprache einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit haben kann.

Die Person mit dem ersten Lehrstuhl für Ärzt*Innen-Patient*Innen-Kommunikation im deutschen Sprachraum verzichtet in einer Publikation zum Biopsychosozialen Modell auf die Berücksichtigung eines determinierenden sozialen Faktors auf die Gesundheit.

Der Studienplan, der Universität an der IP3 studiert, enthält eine Vorlesung zum Thema: „der Mensch in Umwelt, Familie und Gesellschaft“ (vgl. Müller 18:1):

„Block 6 ist das. Ähm [zwei Sekunden Pause] hm [drei Sekunden Pause] alle freuen sich, dass es Block 6 gibt, weil man da nicht lernen muss und das ist dann so entspannend vor der SIP [summative integrierte Prüfung; LG]. Da lässt man sich dann meistens nur berieseln von den- wenn du zu den Vorlesungen gehst.“ (T13:152-154)

IP3 gibt an, selbst nicht bei den Vorlesungen gewesen zu sein, um für die summative integrierte Prüfung zu lernen (vgl. T13:176-177).

Stellt man dies mit den ersten drei Wochen des Lehrplans in Verbindung in denen die Themen: Ethik und ‚was ist Krankheit? Was ist Gesundheit?‘ behandelt werden fällt auf, dass Einflussfaktoren, die nicht biologisch sind, an strukturell unpassende Stellen des Studiums gelegt zu sein scheinen. Beziehungsweise sich vom Rest des Studiums so abheben, dass sie von den Studierenden nicht priorisiert werden (keine Prüfung).

Ich komme zu dem Ergebnis, dass soziale Einflussfaktoren von den Lehrbeauftragten in der Ausbildung zum*zur Allgemeinmedizinerin als irrelevant eingestuft werden.

3.6.3 Wie stark das Biopsychosoziale Modell in PVEs vertreten ist steht im Zusammenhang mit dem Alter der Mitarbeiter*Innen

Das Biopsychosoziale Modell ist durch die Anwendung der allgemeinen Systemtheorie auf die Medizin entstanden (vgl. Egger 2017:16).

„Also es beginnt jetzt bei uns in den Ausbildungen, dass wir einfach die jungen also die neue Generation an Pflegepersonen auch familiensystemisch schulen.“ (IT1:67-68)

Wenn ein*eine Gesundheits- und Krankenpflegeperson mit einer systemischen Theorie (Familiensystemtheorie) vertraut ist, liegt nahe, dass eine weitere (das Biopsychosoziale Modell) verstanden und angenommen werden kann.

In dem Zitat spricht IP1 von der ‚jungen‘ / ‚neuen‘ Generation. Die neue Generation wird familiensystemisch geschult. Daher: die vorangegangenen Generationen wurden nicht familiensystemisch geschult. Wie stark das Biopsychosoziale Modell in den PVEs vertreten ist, kann daher mit dem Alter der Mitarbeiter*Innen in Verbindung gebracht werden.

4 Fazit

4.1 Diskussion der Ergebnisse

Zur Veranschaulichung des vierten Ergebnisses (Die sozialen Einflussfaktoren, die erkannt werden, sind maßgeblich von persönlichen Erfahrungen, sozialem Milieu und der Zusammenarbeit mit Sozialarbeiter*Innen abhängig) wird dargestellt, dass IP2 sich in dem 30-Minütigen Interview drei Mal auf eine persönliche Erfahrung beruft. Es ist einzuwenden, dass dies auf ein Priming in dem Interview zurückzuführen sein kann. Da die persönliche Erfahrung jedoch als erster Indikator für ein Zuschalten des*der Sozialarbeiter*In angeführt ist, ist das Ergebnis, dass persönliche Erfahrungen maßgeblich für das Erkennen sozialer Einflussfaktoren sind, naheliegend.

Im Umkehrschluss kann dies bedeuten, dass Einflussfaktoren, die nicht zur Realitätskonstruktion der sozialen Milieus gehören oder auf (privaten) Erfahrungen des*der

Mitarbeitenden beruhen, übersehen werden können. Daraus wird die Notwendigkeit soziale Einflussfaktoren nicht von der Person des*der Mitarbeitenden abhängig sein zu lassen deutlich

Im Kapitel 3.4 sind zwei Zitate von IP2 angegeben, die Rückschlüsse auf die Aneignung von Wissen über soziale Einflussfaktoren auf Gesundheit zulassen:

„[...] und natürlich wir essen gemeinsam, wir wir reden auch gemeinsam und dann fallen halt so Brocken [...]“ (TI2:314–315)

„Wir haben aber auch Teambesprechungen, [...] wo dann auch der Sozialarbeiter oder die Sozialarbeiterin Case und Care Projekte vorstellen, die es gibt oder Adressen vorstellen, die es gibt und teilweise auch Mappen anlegen.“ (TI2:314–320)

Die Art der Aneignung von Wissen, die im ersten Zitat beschrieben ist, setzt eine hohe Eigeninitiative und Interesse von IP2 voraus. Außerdem ist ein positives Team-Klima Voraussetzung (gemeinsamer Konsum von Mahlzeiten). Um einen sozialen Einflussfaktor kennenzulernen, muss der*die Mitarbeiter*In den „Brocken“ als wichtige Information einstufen, ihn richtig interpretieren und sich merken.

Im zweiten Zitat liegt die Initiative bei dem*der Sozialarbeiter*In. Er*sie priorisiert soziale Einflussfaktoren und legt dementsprechend Mappen an. Diese Mappen legen nahe, dass es sich um einen wichtigen Faktor handelt. Außerdem sind sie zeitlich unabhängig nachlesbar.

Die zweite Form der Aneignung von Wissen über soziale Einflussfaktoren ist kontrollierbarer durch den*die Sozialarbeiter*In. Die Initiative liegt hier bei dem*der Sozialarbeiter*In und die Informationen sind zeitübergreifend einholbar. Die zweite Form der Aneignung führt eher zu mehr Wissen der Mitarbeiter*Innen über soziale Einflussfaktoren, als die erste.

Im Kapitel ‚Feldzugang‘ ist beschrieben, wie ein*e Medizinstudent*In, die mir als Interviewperson vermittelt worden ist, abgelehnt hat ein Interview mit mir zu führen, nachdem er*sie erfahren hat, dass über ihn*sie das Gesundheitsverständnis von Allgemeinmediziner*Innen erforscht werden sollte. Der*Die Student*In befand sich im 7. von 12. Semestern und studiert an einer anderen Universität als IP3. Die Begründung der Ablehnung des Interviews legt nahe, dass in den ersten 7 Semestern der Ausbildung an der Universität, an der der*die Student*In studiert, keine Auseinandersetzung mit dem Gesundheitsverständnis der Allgemeinmediziner*Innen stattfindet. Dies stützt das Ergebnis aus Kapitel 3.5, das besagt, dass die Praxis mehr Einfluss auf das Gesundheitsverständnis und das Erkennen sozialer Einflussfaktoren hat als die Ausbildung. Der*die Studierende könnte aber auch andere Gründe für die Anlehnung gehabt haben. Beispielsweise könnte er*sie es sich persönlich nicht zugetraut haben. Daher der Entschluss dieses Beispiel in den Diskussionsteil der Arbeit zu geben.

Im Kapitel 3.6.1 ist das Ergebnis dargestellt, dass es soziale Einflussfaktoren gibt, die einen in Worte gefassten Indikator haben und soziale Einflussfaktoren, die mittels eines ‚Gefühls‘ erkannt werden. Woher IP2 den genannten, verbalisierten Indikator hat, wurde in dem Interview nicht erhoben. Meiner Einschätzung nach gibt es zwei Möglichkeiten zu einem

solchen Indikator zu gelangen. Die erste ist, dass es auf eigenen Erfahrungen beruht. Daher IP2 hat wiederholt die Erfahrung gemacht, dass Patient*Innen, die in erhöhter Frequenz die PVE besuchen, auch häufiger als andere Patient*Innen das Angebot des*der Sozialarbeiterin in Anspruch nehmen. IP2 hat dadurch die erhöhte Frequenz als Indikator für Kontakt mit dem*der Sozialarbeiter*In erkannt. Die zweite Möglichkeit ist, dass IP2 auf diesen Indikator aufmerksam gemacht wurde. Zum Beispiel, indem IP2 gelesen hat, dass es sich um einen Indikator handelt oder indem es ihr von einer Person (Kolleg*In von der Sozialen Arbeit) gesagt worden ist.

Auffällig ist auch, dass IP2 in dem Beispiel für den nicht in Worte gefassten Indikator die Information darüber an einen*eine Ärzt*In weitergibt und damit an einen*eine Medizin-Professionist*In und nicht an einen*eine Sozialarbeiter*In.

Das „In-Worte-Fassen“ von Indikatoren für soziale Einflussfaktoren ist ein wichtiger Schritt für eine Behandlung nach dem Biopsychosozialen Modell und das Sichtbarmachen der Wichtigkeit von Sozialer Arbeit als Gesundheitsprofession.

Daraus entsteht der Appell an Sozialarbeiter*Innen, die in Primärversorgungseinheiten arbeiten, eigeninitiativ die Edukation ihrer Kolleg*Innen zu sozialen Einflussfaktoren auf die Gesundheit zu übernehmen und dabei Einflussfaktoren in klare Worte zu fassen.

Im Kapitel 3.6.2 ist das Ergebnis dargestellt, dass soziale Einflussfaktoren als irrelevant für die Ausbildung zum*zur Allgemeinmediziner*In eingestuft werden. Hinweis darauf war unter anderem die Weigerung des ersten Lehrenden für sprechende Medizin im deutschen Sprachraum gendergerechte Sprache zu verwenden. Hierzu soll ergänzt werden, dass die Vernachlässigung einer diskriminierten Gruppe in der Auswahl der gelehrten sozialen Einflussfaktoren rückschließen lässt, dass auch andere diskriminierte Gruppen vernachlässigt werden. Eine Studie von SORA aus dem Jahr 2019 kam zu dem Ergebnis, dass Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit körperlichen Behinderungen sowie Personen über 60, die sich selbst der unteren Schicht zuordnen, deutlich öfter von Ungleichbehandlung im österreichischen Gesundheitssystem betroffen sind als Personen, die diese Merkmale nicht aufweisen (vgl. Mittermann 2019:2). 75 % der Diskriminierung ging von Pflegepersonal oder Ärzt*Innen aus (vgl. Mittermann 2019:5). Hier ist einzuwenden, dass ein Großteil des Kontaktes im Gesundheitssystem mit Pflegepersonal oder Ärzt*Innen stattfindet. Dennoch könnte diesen Diskriminierungen durch einen sensiblen Umgang mit sozialen Einflussfaktoren auf die Gesundheit in der Ausbildung von Pflegepersonal und Mediziner*innen vorgebeugt werden.

4.2 Vergleich der Vorannahmen mit den Ergebnissen

Die Vorannahme, dass die Professionist*Innen des Kernteams Gesundheit vornehmlich medizinisch verstehen und geringfügig psychische Einflussfaktoren berücksichtigen, soziale Einflussfaktoren aber vernachlässigen hat sich nur teilweise halten können. Tatsächlich haben alle Professionist*Innen das Soziale als Einflussfaktor auf die Gesundheit erwähnt. Ebenfalls

wurden soziale Einflussfaktoren genannt. Gleichzeitig gab es aber kein klares Bild der Kompetenzen von Sozialarbeiter*Innen. Während für die Vertreter*Innen der Kernprofessionen klar war, dass soziale Umstände einen Einfluss auf die Gesundheit haben, werden diese nicht immer erkannt und daher nicht an die geeignete Stelle (Sozialarbeiter*In) weitergetragen.

Die Vorannahme, dass das Gesundheitsverständnis hauptsächlich durch die Ausbildung geprägt wird, wurde in dieser Arbeit widerlegt. Aus jedem Interview ging hervor, dass das Gesundheitsverständnis und besonders das Verständnis von sozialen Einflussfaktoren auf die Gesundheit durch die Praxis gebildet wird. Das Verständnis für soziale Einflussfaktoren wird durch persönliche Erfahrungen und eigenes soziales Milieu, aber auch durch die Zusammenarbeit mit Sozialarbeiter*Innen entwickelt.

Das Ergebnis meiner Auswertung ist, dass das Biopsychosoziale Modell keine notwendige Voraussetzung ist, um Soziale Arbeit in PVEs einzugliedern. Ausschlaggebender ist, dass Professionist*Innen wissen, wofür Sozialarbeiter*Innen zuständig sind sowie, dass soziale Einflussfaktoren auf die Gesundheit erkannt werden. Dies kann unter dem Biopsychosozialen Modell geschehen, es ist aber nicht zwingend notwendig.

4.3 Weiterführende Forschung

In meiner Forschung hat sich herausgestellt, dass soziale Einflussfaktoren kein wesentlicher Teil der Ausbildung der Professionist*Innen des Kernteams sind. Die Sozialen Einflussfaktoren, die erkannt werden, beruhen auf (privaten) Erfahrungen, Realitätskonstruktion des sozialen Milieus sowie auf dem Austausch mit Kolleg*Innen. Die Sozialarbeiter*Innen, die in PVEs arbeiten, sind daher angehalten ihre Kolleg*Innen bezüglich sozialer Einflussfaktoren zu unterrichten. Damit ihnen dies möglich ist, ist ein Professionskonsens bezüglich sozialer Einflussfaktoren notwendig. Ansonsten wären auch die so weitergegebenen sozialen Einflussfaktoren von den (privaten) Erfahrungen und der Realitätskonstruktion des sozialen Milieus des*der Sozialarbeiter*In abhängig. Weitergehende Forschung könnte sich mit diesen Einflussfaktoren befassen, sie sammeln und strukturieren. Anschließend sollte versucht werden die gesammelten und strukturierten Einflussfaktoren für Laien nachvollziehbar zu formulieren.

Literatur

Arbeiterkammer Oberösterreich (2018): Wie Arbeitsbedingungen die Gesundheit beeinflussen. Fakten und AK Position zum Thema Krankenstand, Broschüre. https://ooe.arbeiterkammer.at/service/broschuerenundratgeber/arbeitundgesundheit/B_2018_Wie_Arbeitsbedingungen_die_Gesundheit_beeinflussen.pdf. [Zugriff: 07.07.2020].

Arbeitsmarktservice (2020): Die Entwicklung des österreichischen Arbeitsmarktes ab Mitte April 2020. file:///C:/Users/lenag/Downloads/001_spezialthema_0520.pdf. [Zugriff:08.07.2020]

Arlt, Ilse (1958): Wege zu einer Fürsorgewissenschaft. In: Maiss, Maria (2010) (Hg.In): Werkausgabe Ilse Arlt Band 2, Wien: Lit Verlag.

Bengel, Jürgen / Strittmatter, Regine / Willmann, Hildegard (2001): Was hält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. 6. Band, erweiterte Neuauflage, Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Brähler, Elmar / Herzog, Wolfgang (2018) (Hg.Innen): Sozialpsychosomatik. Das vergessene Soziale in der Psychosomatischen Medizin. 1. Auflage, Stuttgart: Schattauer.

Bühler, Karl (Hg.) (1933): Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziografischer Versuch über die Wirkungen Langdauernder Arbeitslosigkeit. Verlag von S. Hirzel: Leipzig.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2018): Pendeln und gesundheitliche Beschwerden. Ergebnisse der BAuA-Arbeitszeitbefragung. https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Fakten/Pendeln.pdf?__blob=publicationFile&v=6. [Zugriff: 07.07.2020].

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2019a): Mehr Gesundheit durch eine gestärkte Primärversorgung. [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primaerversorgung.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primaerversorgung.html). [Zugriff: 20.07.2020]

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2019b): Schulden & Auswirkung auf die Gesundheit. <https://www.gesundheit.gv.at/leben/psyche-seele/finanzielle-probleme/gesundheitliche-auswirkungen>. [Zugriff: 13.02.2020]

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2020): Frauen- und Gendergesundheit.

<https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Frauen--und-Gendergesundheit.html>.
[Zugriff: 12.06.2020].

Butterwegge, Christoph (2018): Krankheit per Gesetz? Hartz IV und Gesundheit. In: Brähler, Elmar / Herzog, Wolfgang (2018) (Hg.Innen): Sozialpsychosomatik. Das vergessene Soziale in der Psychosomatischen Medizin. 1. Auflage, Stuttgart: Schattauer, S. 3-19.

Dachverband der Sozialversicherungsträger (2018): Die neue Primärversorgung ist Schlüssel zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung.

<http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.782536&viewmode=content>.
[Zugriff: 06.07.2020]

Dahlgren, Gören / Whitehead Margaret (2006): European strategies for tackling social inequities in health. Levelling up Part 2. 2. Auflage, Kopenhagen: WHO Regional Office for Europe.

DocCheck (2020): Krankheitsmodell.

<https://flexikon.doccheck.com/de/Krankheitsmodell>. [Zugriff: 03.02.2020]

Economic and Social Research Council (2015): The Dahlgren-Whitehead rainbow. <https://esrc.ukri.org/about-us/50-years-of-esrc/50-achievements/the-dahlgren-whitehead-rainbow/>. [Zugriff: 07.02.2020]

Egger, Josef W. (2017): Theorie und Praxis der biopsychosozialen Medizin : Körper-Seele-Einheit und sprechende Medizin. 1. Auflage, Wien: Facultas.

Flick, Uwe (2016): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge. 3.Auflage, Rowohlt Taschenbuch Verlag: Hamburg.

Fröhlich-Gildhoff, Klaus / Rönau-Böse, Maïke (2014): Resilienz. 3. Auflage, München: Ernst Reinhard Verlag.

Funke Zeitschrift (2014): Gesundes Wohnen von A-Z.

<https://www.gesundheit.de/familie/freizeit-und-zuhause/gesundes-wohnen-sicheres-zuhause/gesundes-wohnen-von-a-z>. [Zugriff: 07.07.2020]

Geene, Raimund / Lehmann, Frank (2018): Gesundheitsförderung bei sozial benachteiligten Kindern und Familien. In: Brähler, Elmar / Herzog, Wolfgang (2018) (Hg.Innen): Sozialpsychosomatik. Das vergessene Soziale in der Psychosomatischen Medizin. 1. Auflage, Stuttgart: Schattauer, S. 32-53.

Gesundheit Österreich GmbH (o.A.): Grafik der Gesundheitsdeterminanten Farbe.

https://fgoe.org/gesundheitsdeterminanten_farbe_jpg. [Zugriff: 20.07.2020]

Herscovici, Iris (o.A.): Soziales Umfeld bei Krebs: Darum ist es so wichtig für die Patienten. <https://selpers.com/blog/soziales-umfeld-krebs/>. [Zugriff: 11.02.2020]

IFSW / IASSW (2005): Ethics in Social Work, Statement of Principles. Ethik in der Sozialen Arbeit – Darstellung der Prinzipien. https://www.ethikdiskurs.de/fileadmin/user_upload/ethikdiskurs/Themen/Berufsethik/Soziale_Arbeit/IASW_Kodex_Englisch_Deutsch2004.pdf. [Zugriff: 06.02.2020].

Klimont, Jeannette / Baldaszi, Erika / Ihle, Petra (2016): Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten des Austrian Health Interview Survey (ATHIS 2014) zu Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. file:///C:/Users/lenag/Desktop/FH/Bachelorarbeit%20II/Literatur/Kapitel_soziooekonomische%20Faktoren%20für%20Gesundheit%20und%20Krankheit/soziodemographische_und_soziooekonomische_determinaten_2014.pdf. [Zugriff:11.02.2020].

Köhler, Norbert (2018): Wohnungslosigkeit in Deutschland. In: Brähler, Elmar / Herzog, Wolfgang (2018) (Hg.Innen): Sozialpsychosomatik. Das vergessene Soziale in der Psychosomatischen Medizin. 1. Auflage, Stuttgart: Schattauer, S. 20-31.

Latzitis, Ninon (2011): Determinanten für Gesundheit und Krankheit in regionaler Perspektive – Analyse zum Einfluss von Sozioökonomie, Umwelt sowie medizinischer Versorgung auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung. Doktorarbeit, Technische Universität Berlin.

Maiss, Maria (Hrsg.In) / Pantuceck, Peter (2009): Die Aktualität des Denkens von Ilse Arlt. 1. Auflage, Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Medizinische Universität Graz (2020): Univ.-Prof.i.R. Dr.phil. Josef Wilhelm Egger. https://forschung.medunigraz.at/fodok/suchen.person_uebersicht?sprache_in=de&menue_id_in=101&id_in=90075298. [Zugriff 12.06.2020]

Mittermann, Beatrix (2019): Diskriminierung im Gesundheitsbereich. <https://www.arbeit-wirtschaft.at/diskriminierung-im-gesundheitsbereich/>. [Zugriff:17.08.2020]

Monks – Ärzte im Netz GmbH (o.A.): Psychosomatik. <https://www.neurologen-und-psiater-im-netz.org/psychiatrie-psychosomatik-psychotherapie/psychosomatik/>. [Zugriff: 03.02.2020]

Müller, Markus (2018): Studienaufbau des Diplomstudiums Humanmedizin. <https://www.meduniwien.ac.at/web/studium-weiterbildung/das-diplomstudium-humanmedizin/studienaufbau/>. [Zugriff: 27.07.2020]

Richter, Veronika / Schmid, Tom (2011): Der doppelte Ausschluss – Armut und Krankheit. Über den Zusammenhang von Armutsgefährdung und gesundheitlichen Beeinträchtigungen. In: Verwiebe, Roland (Hrg.): Armut in Österreich. Bestandsaufnahme, Trends, Risikogruppen. Wien. S. 273 – 288.

Statista (2020): Arbeitslosenquote in Österreich von 2009 bis 2019.
<https://de.statista.com/statistik/daten/studie/17304/umfrage/arbeitslosenquote-in-oesterreich/#:~:text=Im%20Jahr%202019%20lag%20in,positiven%20Entwicklung%20auf%20dem%20Arbeitsmarkt.> [Zugriff: 08.07.2020].

Stefan, Leopold / Bruckner, Regina (2019): Wie Arbeitgeber Simulanten auf die Spur kommen wollen. [https://www.derstandard.at/story/2000112213408/wie-arbeitgeber-simulanten-auf-die-spur-kommen-wollen.](https://www.derstandard.at/story/2000112213408/wie-arbeitgeber-simulanten-auf-die-spur-kommen-wollen) [Zugriff: 08.07.2020]

Sucht Schweiz (2013): Theoretische Grundlagen der Suchtprävention.
[https://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Theoretische-Grundlagen-der-SuchtPraevention.pdf.](https://www.suchtschweiz.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Theoretische-Grundlagen-der-SuchtPraevention.pdf) [Zugriff: 12.02.2020].

Taylor, shelly E. / Cousino Klein, Laura / Lewis, Brian P. / Gruenewald, Tara L. / Gurung, Regan A.R. / Updegraff, John A. (2000): Biobehavioral responses to stress in females: tend-and-befriend, not fight-or-flight. In: Psychol Review 2000, Ausgabe 107 Nummer 3: S. 411-429.

Vervecken, Dries / Hannover, Bettina (2015): Yes I can! Effects of gender fair job descriptions on children's perceptions of job status, job difficulty, and vocational self-efficacy. Social Psychology, 46(2), S. 76–92.

World Health Organisation (1986): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. 1986. Übersetzung von: Hildebrandt, o.A. / Kickbusch, o.A.
[http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1.](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1) [Zugriff: 05.12.2019].

Daten

E1, E-Mail 1 an Lena Gampenrieder, verfasst von dem*der Leiter*In einer Ausbildungsstätte für Ordinationsassistent*Innen (17.03.2020)

E2, E-Mail 2 an Lena Gampenrieder, verfasst von einem*einer Mitarbeiter*In einer Ausbildungsstätte für Ordinationsassistent*Innen (18.03.2020)

E3, E-Mail 3 an Lena Gampenrieder, verfasst von der Studiengangsleitung für Gesundheits- und Krankenpflege einer österreichischen Fachhochschule (19.03.2020)

E4, E-Mail 4 an Lena Gampenrieder, verfasst von einem*einer Allgemeinmediziner*In der*die eine österreichische PVE leitet (16.03.2020)

ITV1, Interview, geführt von Lena Gampenrieder mit einem*einer Dozent*In für Gesundheits- und Krankenpflege, 03.04.2020, Audiodatei.

ITV2, Interview, geführt von Lena Gampenrieder mit einem*einer Ordinationsassistent*In, 27.04.2020, Audiodatei.

ITV3, Interview, geführt von Lena Gampenrieder mit einem*einer Medizinstudent*In, 28.07.2020, Audiodatei.

TI1, Transkript Interview 1, erstellt von Lena Gampenrieder, Mai 2020, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI2, Transkript Interview 2, erstellt von Lena Gampenrieder, Juni 2020, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI3, Transkript Interview 3, erstellt von Lena Gampenrieder, Juli 2020, Zeilen durchgehend nummeriert.

Abkürzungen

BMSGPK... Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz

Bspw... beispielsweise

IP1... Interviewperson 1

IP2... Interviewperson 2

IP3... Interviewperson 3

PV... Primärversorgung

PVZ... Primärversorgungszentrum

PVE... Primärversorgungseinrichtung

SIP... Summative integrierte Prüfung

TI1... Transkript des Interviews vom 03.04.2020

TI2... Transkript des Interviews vom 27.04.2020

TI3... Transkript des Interviews vom 28.07.2020

Vgl. ... vergleiche

WHO... World Health Organization

Abbildungen

Abbildung 1: Determinanten der Gesundheit: Hurrelmann, Klaus / Richter, Matthias (2018): Determinanten von Gesundheit.

<https://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/determinanten-von-gesundheit/>.
[Zugriff: 07.07.2020]

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Lena Marina Gampenrieder**, geboren am **01.10.1996** in **Wien**,
erkläre,

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

Wien, am 31.08.2020

Lena Gampenrieder