

Die sozialarbeiterische Dokumentation im multiprofessionellen Kontext der Primärversorgungszentren

Katharina Twertek
1810406023

Bachelorarbeit 2

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

Datum: 12.05.2021
Version: 1

Begutachter*in: Mag. (FH) Jochen Prusa MA

Abstract (Deutsch)

Im Sinne eines umfassenden Gesundheitsbildes entstehen seit einigen Jahren Primärversorgungseinheiten, in welchen auch Sozialarbeiter*innen tätig sind. Einen wesentlichen Teil der Arbeit im multiprofessionellen Team der Primärversorgung stellt hierbei die Dokumentation dar. In folgender Arbeit wird hinterfragt wie sich diese multiprofessionelle Dokumentation auf das sozialarbeiterische Dokumentationsverhalten auswirkt. Hierfür wurden die Daten durch leitfadengestützte Interviews nach Flick (2009) und einer Gruppendiskussion nach Lamnek (2005) erhoben und mittels der Systemanalyse nach Froschauer und Lueger (2003) ausgewertet. Es zeigt sich, dass die Soziale Arbeit im multiprofessionellen Kontext der Primärversorgung mit zusätzlichen Überlegungen in der Dokumentation konfrontiert ist und hierfür bereits individuelle erste Lösungen gefunden wurden.

Abstract (Englisch)

In the sense of a comprehensive view on health, primary care units have been emerging for some years, in which social workers play a vital role. An essential part of the work in the multiprofessional team of primary health care is documentation. In the following work, the impact of this multiprofessional documentation on the social work documentation behaviour is questioned. Data was collected with guideline-based interviews according to Flick (2009) and a group discussion according to Lamnek (2005). The evaluation of data was based on the system analysis according to Froschauer and Lueger (2003). It becomes apparent that social work in the multiprofessional context of primary health care is confronted with additional considerations on documentation and that initial individual solutions have already been found for this.

Inhalt

Abstract (Deutsch)	II
Abstract (Englisch)	II
1 Einleitung	1
2 Begriffsbestimmung	2
2.1 Primärversorgung	2
2.1.1 Das multiprofessionelle Team	3
2.1.2 Soziale Arbeit in der Primärversorgung.....	4
2.2 Dokumentation	4
2.2.1 Forderungen bezüglich Dokumentation in der Sozialen Arbeit	5
2.2.2 Funktion der Dokumentation	5
2.2.3 Dokumentation in der Primärversorgung.....	6
2.3 Rechtliche Grundlagen zur Datenverarbeitung	6
3 Ausgangslage und Forschungskontext	7
3.1 Forschungsinteresse	7
3.2 Forschungsfragen.....	8
3.3 Übergeordnetes Forschungsprojekt	9
3.3.1 Projektdarstellung	9
3.3.2 Einordnung des eigenen Beitrags im Gesamtprojekt	9
3.4 Stand der Forschung	10
4 Forschungsdesign	10
4.1 Leitfadeninterviews	10
4.1.1 Interviewdurchführung	11
4.2 Gruppendiskussion	11
4.3 Kontaktaufnahme und Auswahl der befragten Personen.....	12
4.4 Auswertung.....	13
4.5 Datenpool der Forschungsgruppe	13
5 Darstellung der Ergebnisse	14
5.1 Auswirkungen des Datenschutzes	14
5.2 Kommunikation und Aufklärung Klient*innen	17
5.3 Ziel der Nützlichkeit der Dokumentation.....	17
5.3.1 Funktionen der Dokumentation	18
5.3.2 Relevanz für die anderen Professionen	19
5.4 Umgang mit sensiblen Informationen	21
5.4.1 Vertrauensbeziehung zu Klient*innen	22
5.4.2 Umgang mit problembehafteten Thematiken im Team	23
5.5 Umgang im Team/Auswirkungen auf die Zusammenarbeit	24
5.6 Möglichkeiten, die in der Dokumentation gefunden wurden	25

6	Resümee und Ausblick	27
7	Reflexion des Forschungsprozesses.....	28
	Literatur	30
	Daten	32
	Abkürzungen	33
	Anhang.....	i
	Eidesstattliche Erklärung	vi

1 Einleitung

Im Sinne des Primärversorgungsgesetzes (PrimVG), welches im Jahr 2017 in Kraft trat, entstehen immer mehr neue Primärversorgungseinheiten. Derzeit werden 24 Primärversorgungseinheiten in ganz Österreich gezählt, wobei in 15 davon Sozialarbeiter*innen tätig sind (vgl. Zahorka / Gierlinger 2020:39). Die Soziale Arbeit gilt hierbei als Teil des erweiterten Teams und stellt somit je nach Bedarf einen Teil der Primary Health Care dar (vgl. BMSGPK 2014:15).

In diesem neuem Tätigkeitsbereich trifft die Soziale Arbeit auf ein multiprofessionelles Team, welches möglichst umfassend den Nutzer*innen zur Verfügung stehen möchte. Im Kontext dieser Zusammenarbeit haben sich unterschiedliche Möglichkeiten aber auch Herausforderungen entwickelt wobei der Austausch im Team eine zentrale Rolle darstellt. Einen Teil dieses Austauschs stellt die schriftliche Dokumentation, welcher sich die folgende Arbeit widmet, dar.

Ziel dieser Arbeit ist es, zu hinterfragen, wie das sozialarbeiterische Dokumentationsverhalten von dieser multiprofessionellen Dokumentation, welche neben dem Austausch weiteren Ansprüchen gerecht werden muss, beeinflusst wird. Dabei wird der Blick auf Primärversorgungszentren, in welchen sich alle tätigen Berufsgruppen unter einem Dach befinden, gerichtet. Die Grundlage bildet hierbei die Annahme, dass Sozialarbeiter*innen anders dokumentieren, wenn ihre Dokumentation anderen Professionen zur Verfügung steht. Hinzu kommt, dass bereits vor der Forschung erfahren wurde, dass Sozialarbeiter*innen in unterschiedlicher Form auch zusätzliche Dokumentationen führen, in welche nur sie selbst Einsicht haben. Dies führte zum Interesse, diese getrennte Dokumentation zu betrachten und zu hinterfragen, welche Rolle in diesem Dokumentationsverhalten heikle Informationen spielen, die nicht mit dem gesamten Team geteilt werden möchten. Da es sich hierbei um Informationen zu den Nutzer*innen handelt, möchte ebenfalls ein Blick darauf geworfen werden, wie transparent kommuniziert wird, in welcher Form persönliche Informationen festgehalten werden.

Zur Verwendung einer Bezeichnung dieser Nutzer*innen wird in folgender Arbeit sowohl „Klient*innen“ als auch „Patient*innen“ verwendet. „Klient*innen“ findet sich hierbei hauptsächlich im direkten sozialarbeiterischen Kontext, während „Patient*innen“ allgemeiner die Nutzer*innengruppe der Gesundheitsversorgung beschreibt. Ähnlich werden diese Begrifflichkeiten zumeist auch in der Praxis angewandt, weshalb dem auch die vorliegende Arbeit folgen möchte.

Zu Beginn der Arbeit werden die notwendigen Begriffe definiert, welche zu einem Grundverständnis der Thematik beitragen sollen. Daraufhin werden die Ausgangslage und der Forschungskontext beschrieben, wobei sowohl auf die Ausgangslage und das Forschungsinteresse, als auch auf das Forschungsprojekt, in welchem die Arbeit eingebettet ist, eingegangen wird. Anschließend wird das Forschungsdesign erläutert. Hierbei werden die Methoden der Datenerhebung und Auswertung dargestellt. Im fünften Kapitel finden sich die

Forschungsergebnisse, welche den Kern der Arbeit darstellen. Schließlich bilden Resümee und Ausblick sowie die Reflexion des Forschungsprozesses den Abschluss der Bachelorarbeit.

2 Begriffsbestimmung

Im folgenden Kapitel werden die zentralen Begriffe der vorliegenden Arbeit erläutert. Den Rahmen, in dem sich die gesamte Forschung sowie das überstehende Gesamtprojekt bewegt, bildet hierbei die Primärversorgung beziehungsweise der Blick auf die Soziale Arbeit innerhalb dieser. Des Weiteren stellt der Begriff der Dokumentation einen tragenden Ausgangspunkt dar. Dieser wird durch die Anforderungen der Sozialen Arbeit bezüglich Dokumentation, deren Funktionen und die spezifische Auseinandersetzung mit der Dokumentation in Primärversorgungszentren, auf welche sich die vorliegende Arbeit fokussiert, erweitert. Darüber hinaus bietet eine Darstellung des geltenden Datenschutzes einen Blick auf die rechtlichen Rahmenbedingungen, in welchen sich die Dokumentation in Primärversorgungszentren wiederfindet.

2.1 Primärversorgung¹

Das Österreichische Forum Primärversorgung (ÖFOP) nimmt bei der Begriffsdefinition der Primärversorgung, oder auch Primary Health Care, Bezug auf die Weltgesundheitsorganisation (WHO) - Erklärung von Alma-Ata 1978 (vgl. WHO 1978):

Die Primärversorgung ist „ein essentieller und zentraler Bestandteil jedes Gesundheitssystems. Es ist die erste Versorgungsebene, mit der Einzelpersonen, Familien und die Gemeinschaft in Kontakt mit dem Gesundheitssystem treten und stellt somit das erste Element eines kontinuierlichen Versorgungsprozesses dar. Sie umfasst gesundheitsfördernde, präventive, kurative, pflegerische, rehabilitative und palliative Maßnahmen und bringt eine multiprofessionelle und integrative Versorgung so nahe wie möglich an den Wohnort und Arbeitsplatz der Menschen. Sie fördert die Partizipation, Selbstbestimmung und Entwicklung von personellen und sozialen Fähigkeiten und ist ein gesundheitsorientiertes und intersektorales Versorgungskonzept“ (ÖFOP 2021).

Es geht also darum, die erste Stufe einer niederschweligen, umfassenden und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung möglichst wohnort- und zeitnah sicherzustellen. Diesem Ziel folgend entstanden seit der Gesundheitsreform 2013 die ersten Primärversorgungseinheiten (PVE). Hierzu zählen sowohl Primärversorgungszentren (PVZ), in welchen die Betreuung der Patient*innen innerhalb eines Standortes sichergestellt wird, als auch die Primärversorgungsnetzwerke (PVN), die eine Kooperation zwischen unterschiedlichen Praxen darstellen (vgl. Ventura 2020:97).

¹ Kapitel wurde von der Projektgruppe gemeinsam verfasst

Die Grundlage der Primärversorgungseinheiten bilden das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG) und das Primärversorgungsgesetz (PrimVG), welche sich mit den Eckpunkten der Definition der Primärversorgung, dem Team, den Anforderungen und dem Leistungsumfang, sowie dem Versorgungskonzept und weiteren organisatorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen beschäftigen (vgl. Halmich 2019:10ff).

In der Auseinandersetzung mit dem Team innerhalb der Primärversorgung, ist festzustellen, dass dieses entsprechend den regionalen Erfordernissen angepasst ist. Somit sind nicht immer alle grundsätzlich vorgesehenen Gesundheits- und Sozialberufe auch tatsächlich in den einzelnen Primärversorgungseinheiten vertreten. Immer vertreten sein muss jedoch das sogenannte Kernteam, bestehend aus Allgemeinmediziner*innen, Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und Ordinationsassistent*innen. Erweitert wird dieses Kernteam eben je nach Bedarf durch das sogenannte erweiterte Team zu welchem neben Professionen wie Diätologie, Ergotherapie, Psychotherapie und vielen weiteren, auch die Soziale Arbeit zählt (vgl. BMSGPK 2014: 14f).

2.1.1 Das multiprofessionelle Team

Wie eben beschrieben, finden sich in den Primärversorgungseinheiten unterschiedliche Berufsgruppen sowohl im Kernteam als auch im erweiterten Team wieder. Diese arbeiten unter der medizinischen Leitung des Arztes gemeinsam im Team. Hierbei geht jedes Teammitglied den jeweiligen beruflichen Zuständigkeiten und Kompetenzen nach, wobei partnerschaftlich zusammengearbeitet wird (vgl. ebd.:17).

In der Überlegung wie diese partnerschaftliche Zusammenarbeit von den unterschiedlichen Berufen benannt werden kann, spricht das BMSGPK schon im Titel des Konzeptes für Primärversorgung von einem „Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich“ (ebd.:1). Demnach sind sowohl der Begriff der Multiprofessionalität als auch der Interdisziplinarität in der Literatur zu finden und nicht immer eindeutig voneinander abgrenzbar.

„Multiprofessionelle Zusammenarbeit“ beschreibt jedoch eher ein Arbeiten unterschiedlicher Professionen weitgehend unabhängig voneinander, während die Vorsilbe „inter-“ eine engere Verknüpfung und unmittelbareres Zusammenarbeiten beschreibt. Die Bezeichnung interdisziplinär steht hierbei zumeist für die Zusammenarbeit von gleichen/überschneidenden (Wissenschafts-)Disziplinen (z.B. Medizin) (vgl. Mahler / Gutmann / Karstens / Joos 2014:2f).

Obwohl ebenso Faktoren interdisziplinärer und interprofessioneller Zusammenarbeit in der Beschreibung des Teamgefüges zutreffend sind, beschreibt die vorliegende Arbeit die Zusammenarbeit innerhalb der Primärversorgungseinheiten einheitlich mit dem Begriff der Multiprofessionalität, da es scheint, dass sich die Professionen, wenn auch Austausch und Zusammenarbeit eine große Bedeutung darstellen, deutlich voneinander abgrenzen und insbesondere im Hinblick auf die Soziale Arbeit keine gemeinsame Disziplin erkannt wird.

2.1.2 Soziale Arbeit in der Primärversorgung²

„Soziale Arbeit fördert als praxisorientierte Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen“ (OBDS 2017a:2).

Mit diesen Ansprüchen gehen auch Praktiker*innen der Sozialen Arbeit innerhalb von Primärversorgungseinheiten an ihren Berufsalltag heran und erarbeiten nachhaltige und ressourcenorientierte Handlungsoptionen mit Klient*innen. Als Besonderheit findet sich also nicht die praktische Tätigkeit mit Klient*innen, die sich nicht wesentlich von anderen Tätigkeitsfeldern Sozialer Arbeit unterscheidet, sondern die Einbettung der Sozialen Arbeit in ein multiprofessionelles Team und ein spezifisches Gesundheitssetting. In einer Informationsunterlage detailliert der Österreichische Berufsverband der Sozialen Arbeit (OBDS) die Soziale Arbeit innerhalb der Primärversorgung in folgenden vier Punkten:

- Spezifische Qualitäten und Leistungen: insbesondere die Unterstützung bei einem umfassenden psychosozialen Assessment durch unterschiedliche Tätigkeiten wie Beratung, Begleitung bei Außenterminen oder Hausbesuche (vgl. OBDS 2017b:2).
- Methodisches Vorgehen: unter anderem finden sich hier die fokussierte Kurzberatung, Krisenintervention oder eine umfassende psychosoziale Problem- und Ressourcenanalyse (ebd.:3).
- Ethische Standards: Sozialarbeiter*innen arbeiten nach den vom OBDS festgelegten Berufspflichten – wie die Verpflichtung zur Wahrung der Menschenrechte oder der Transparenz im Betreuungsprozess, um nur zwei Beispiele zu nennen (ebd.:4).
- Finanzierung und Bezahlung: in diesem Bereich gibt es besondere Anschubfinanzierungen für Soziale Arbeit von Bund, Ländern oder Österreichische Gesundheitskasse (ebd.).

2.2 Dokumentation

„Ein Dokument ist eine Aufzeichnung (Schriftstück, Foto, Film etc.), die einen gegenwärtigen oder vergangenen Sachverhalt möglichst objektiv beschreibt, damit später die dokumentierende oder eine andere Person diesen Sachverhalt in wesentlichen Aspekten nachvollziehen kann. Der Begriff Dokumentation kann sich sowohl auf den Vorgang des Dokumentierens als auch auf das Ergebnis beziehen“ (Koch 2020).

In dieser Definition des Begriffs „Dokument“ beziehungsweise „Dokumentation“ stellt Koch den Anspruch einer möglichst hohen Objektivität und erläutert auch das Ziel der Dokumentation, Gegenwärtiges für die Zukunft verständlich festzuhalten. Während hier auch der Vorgang des Verfassens als Dokumentation bezeichnet wird (vgl. ebd.), beschreibt Geiser die Dokumentation als das Ergebnis der Aktenführung, welche wiederum „das Erstellen, Bearbeiten und Ändern und Aktualisieren von Dokumenten“ (Geiser 2009:27) meint. Es geht

² Kapitel wurde von der Projektgruppe gemeinsam verfasst

somit um die Sammlung und Ablage von gespeicherten Daten in der Organisation. Da es sich hierbei um Daten handelt, die sich auch auf beispielsweise die Organisation direkt oder das Personalwesen beziehen, spricht Geiser im Weiteren über die klient*innenbezogene Dokumentation, wenn es um den Teil der Dokumentation geht, welcher direkt Informationen zu Klient*innen enthält (vgl. ebd.: 27f). Auch in folgender Forschung steht diese im Fokus.

Die Aktenführung, welche nach Geiser die Grundlage der Dokumentation bedingt, wird als professionelle Aufgabe beschrieben, welche die folgenden Eigenschaften aufweisen sollte:

- „reflektiert (überlegt),
- Systematisch (nach einem sachlogischen Verlauf gesteuert, d.h. auch zielgerichtet),
- Objektivierbar (sachbezogen, begründbar),
- Effektiv (zeigen, gemessen an Zielen, bestimmte Wirkungen),
- Effizient (gemessen an der erwünschten Wirkung erscheint der Aufwand lohnend) und
- Rechtlich und berufsethisch legitimiert“ (ebd.:28).

Die entstehende Dokumentation umfasst hierbei nicht nur die Daten aus der Quelle des Klient*innensystems selbst, sondern wird von Dritten und den eigenen sozialarbeiterischen Wahrnehmungen gespeist (vgl. ebd.).

2.2.1 Forderungen bezüglich Dokumentation in der Sozialen Arbeit

Innerhalb der Profession der Sozialen Arbeit wird die Arbeitsdokumentation als Teil des sozialarbeiterischen Handelns gefordert. So formuliert der OBDS in den ethischen Standards der Sozialen Arbeit, dass „[d]ie Fachkräfte der Sozialen Arbeit [...] ihre Tätigkeit nach anerkannten Standards [dokumentieren]“ (OBDS 2020:5). Hierbei sollen Diskriminierungen vermieden und „zwischen prüfbaren Fakten, eigenen Beobachtungen und Fremdbeobachtungen sowie zwischen Hypothesen und Erklärungen bzw. Deutungen“ (ebd.) unterschieden werden. Darüber hinaus wird darauf verwiesen, dass die gültigen Gesetze zum Umgang mit Daten eingehalten werden und sorgsam mit den persönlichen Daten der Klient*innen umgegangen wird. Des Weiteren wird auch gefordert, dass Sozialarbeiter*innen den Klient*innen, auf deren Wunsch hin, den Zugang zu den sie betreffenden Aufzeichnungen ermöglichen (vgl. ebd.:6).

Dementsprechend bearbeitet auch Ute Reichmann Professionelle Anforderungen der Sozialen Arbeit an die Dokumentation. Hierbei unterscheidet sie zwischen Aufgaben und Gegenstandsbereich, Beruflichem Wissen, Methoden und Interventionen sowie Beruflichen Normen und Berufsethik (vgl. Reichmann 2016:71-73).

2.2.2 Funktion der Dokumentation

Die unterschiedlichen Daten, die gesammelt werden, dienen unterschiedlichen Zwecken. Hierbei unterscheidet Kaspar Geiser welchen Akteur*innen die Dokumentation dienlich ist: Den Sozialarbeiter*innen selbst, der direkten Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeiter*innen und Klient*innen, der Organisation oder externen Adressen. Für all diese Beteiligten sind unterschiedliche Zwecke zu erkennen (vgl. Geiser 2009: 30).

Auch Reichmann unterscheidet mehrere Funktionen der Dokumentation, ordnet diese jedoch nicht direkt verschiedenen Akteur*innen zu. Dennoch geht aus der Beschreibung der einzelnen Funktionen hervor, dass die Dienlichkeit der Dokumentation über die direkte sozialarbeiterischen Fallbearbeitung hinaus geht (vgl. Reichmann 2016: 38). Folgende Funktionen der Dokumentation sind hierbei erkennbar: „Information, Argumentation, Reflexion, Arbeitsorganisation, Legitimation, Verpflichtung, Evaluation und Sozialplanung“(ebd.).

2.2.3 Dokumentation in der Primärversorgung

„Sowohl nach dem Krankenanstalten- als auch nach dem Ärztegesetz und Gesetzen der weiteren Gesundheitsberufe trifft die PVE bzw. deren Mitglieder/Teilnehmerinnen/Teilnehmer die Pflicht zur Dokumentation. Sie darf sowohl händisch als auch elektronisch geführt werden. Außerdem haben Patientinnen/Patienten das Recht, Einsicht in die Dokumentation zu erlangen und Abschriften zu erhalten“ (BMSGPK 2020a).

Somit muss in allen Primärversorgungseinheiten Dokumentation etabliert sein. Wie aus obigem Zitat hervorgeht, wird hier jedoch Gestaltungsspielraum offengelassen (händisch, elektronisch). In der Praxis gibt es hier unterschiedliche Softwareanbieter, welche Dokumentationssysteme zur Verfügung stellen. In den beforschten Primärversorgungszentren dokumentieren alle Professionen in diesen Systemen, wobei zumeist alle Mitarbeiter*innen auf die Dokumentation der anderen zugreifen können. Dies wird in der vorliegenden Arbeit als multiprofessionelle Dokumentation bezeichnet.

Den Dokumentationsprogrammen zugrunde liegt das Klassifikationssystem ICPC-2, dieses wurde als Codierung für die Primärversorgung gemäß Artikel 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens im Jahr 2017 bestimmt. Hierbei ermöglicht ICPC-2 eine episodienorientierte Dokumentation, welche den Verlauf der Behandlung vom Beratungsanlass bis hin zur Diagnose erfasst und ist gleichzeitig an das gängige Klassifikationssystem ICD-10 angeglichen (vgl. Heckenthaler 2017). Besonders für die Soziale Arbeit relevant ist, dass das Klassifikationssystem ICPC-2 ein eigenes Diagnosekapitel, „Soziale Probleme Z“, mit der Auflistung von 29 „Symptomen“, zur Erfassung sozialer Thematiken bietet (vgl. Wonca International Classification Committee 2008)

2.3 Rechtliche Grundlagen zur Datenverarbeitung

Für die vorliegende Auseinandersetzung mit der Dokumentation in der Primärversorgung ist es auch von Relevanz, wie die Weitergabe der Daten, welche Patient*innen der Primärversorgungseinheiten betreffen, zwischen den Professionist*innen innerhalb einer Primärversorgungseinheit rechtlich gesichert und angedacht ist. Wie bereits beschrieben, sichern unterschiedliche Gesetze die Pflicht zur Dokumentation. Da hierbei personenbezogene Daten (z.B. Name, Adresse, Telefonnummer) und darüber hinaus auch besondere Kategorien der personenbezogenen Daten (z.B. Diagnosen, ärztliche Atteste, etc.) verarbeitet werden, spielt die Frage des Datenschutzes eine wichtige Rolle.

Grundsätzlich ist die Datenverarbeitung zum Beispiel in Form des Führens einer elektronischen Patientenakte aber auch in analoger Form erlaubt, wenn es hierfür eine Grundlage gibt. Dazu gehören beispielsweise die ausdrückliche Einwilligung oder die Wahrung der lebensnotwendigen Interessen der betroffenen Person auch ohne deren Einwilligung (vgl. BMSGPK 2020b).

Darüber hinaus wird die Dokumentation wie folgt rechtlich legitimiert:

„Die Verarbeitung von Gesundheitsdaten ist aber jedenfalls auch dann gerechtfertigt, wenn sie für Zwecke der Gesundheitsvorsorge, der Arbeitsmedizin, für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit, für die medizinische Diagnostik, die Versorgung oder Behandlung im Gesundheits- oder Sozialbereich oder für die Verwaltung von Systemen und Diensten im Gesundheits- oder Sozialbereich, oder aufgrund eines Vertrages mit Angehörigen eines Gesundheitsberufs erforderlich ist und die Daten für diese Zwecke von Fachpersonal, welches der Berufs- oder sonstigen Geheimhaltungspflicht unterliegt, oder unter dessen Verantwortung verarbeitet werden; auch hierfür bedarf es entsprechender gesetzlicher Grundlagen“ (ebd.)

Zur Weitergabe von personenbezogenen Daten innerhalb einer Primärversorgungseinheit bieten das Primärversorgungsgesetz und die ELGA-Verordnung im Gesundheitstelematikgesetz die gesetzliche Grundlage (vgl. ebd.). Hierbei fordert §12 des Primärversorgungsgesetzes, dass Patient*innen leicht erkennen können müssen, ob ein Behandlungsvertrag mit der gesamten Primärversorgungseinheit oder mit einzelnen Leistungsträger*innen abgeschlossen wird. Darüber hinaus muss für die Patient*innen klar sein, dass Gesundheitsdaten, wenn im Behandlungsfall notwendig, an beteiligte Behandler*innen innerhalb der Primärversorgungseinheit weitergegeben werden (vgl. PrimVG §12).

3 Ausgangslage und Forschungskontext

Im folgenden Kapitel wird der Kontext der vorliegenden Forschung geklärt. Dieser ergibt sich aus dem Forschungsinteresse und den daraus resultierenden Forschungsfragen, welche die Grundlage der Erhebung darstellten. Des Weiteren bildet das übergeordnete Forschungsprojekt einen Teil der Ausgangslage. Abschließend wird auf die bereits in diesem Bereich stattgefundenen Forschung verwiesen.

3.1 Forschungsinteresse

In der Erläuterung der Sozialen Arbeit in der Primärversorgung unter 2.1.2 wird bereits auf hier gültige ethische Standards verwiesen. Der OBDS nennt hier konkret in der Beschreibung der Sozialarbeit in der Primärversorgung unter anderem auch folgende Punkte:

- „die Achtung und den Schutz der Privatsphäre
- Verschwiegenheit außer in Fällen, wo Klient*innen die Sozialarbeiter*innen davon entbinden, oder die Enthüllung oder Meldeverpflichtung gesetzlich vorgesehen ist
- Dokumentation und Evaluation der Arbeitsschritte und Berücksichtigung des Datenschutzes

- die Wahrung des Rechts auf Einsicht in die über die Klient*innen vorhandene Dokumentation“ (OBDS 2017b: 4)

Diese sowie die obigen Ausführungen zur Dokumentation machen die Notwendigkeit der Dokumentation für die Primärversorgung deutlich. Hierbei gehe ich auch davon aus, dass gemeinsame Dokumentation der Kooperation zwischen den Berufsgruppen dient und sich der umfassende Ansatz der Primärversorgung somit in deren Dokumentation widerspiegelt. Gleichzeitig zeigen die ethischen Standards aber auch die Ausführungen zum Datenschutz die Wichtigkeit, die Privatsphäre von Klient*innen zu schützen. Was die Frage aufwirft, wie mit diesen beiden Seiten der Dokumentation vor allem aus sozialarbeiterischer Sicht umgegangen wird.

Im Unterricht zur Vorbereitung auf die Forschungsarbeit erfuhr ich diesbezüglich, dass es hierbei in der Praxis Unterschiede zwischen den einzelnen Primärversorgungseinheiten gibt. Ein ins Auge stichendes Thema war hierbei der sozialarbeiterische Umgang mit der multiprofessionellen Dokumentation in Bezug auf Informationen zu Klient*innen. Die Sozialarbeiter*innen scheinen im Verfassen der Dokumentation zu filtern, welche Informationen für die anderen Professionen von Relevanz sind und zu hinterfragen wie detailliert auch über sehr private Angelegenheiten der Klient*innen Einblick gewährt wird. In Verbindung damit zeigt sich auch, dass Sozialarbeiter*innen selbstständig zusätzliche Dokumentationen anlegen, zu welchen nur sie selbst Zugang haben.

Diesem in der Praxis wahrgenommenen Interesse möchte auch die vorliegende Forschungsarbeit folgen, da die Hypothese besteht, dass sich die multiprofessionelle Dokumentation auf die individuelle Dokumentation der Sozialarbeiter*innen in Primärversorgungseinheiten auswirkt. Diesbezüglich scheint das Verfassen eigener Dokumentationen hierbei einen Kompromiss der Sozialarbeiter*innen darzustellen, welcher im Zuge der Forschung genauer betrachtet werden möchte. Darüber hinaus stellt sich die Frage, welche Rolle hierbei Klient*innen selbst spielen und in welcher Form diese zum Thema der Dokumentation informiert werden.

3.2 Forschungsfragen

Aus den beschriebenen Überlegungen und Ausgangsannahmen ergibt sich die folgende Forschungsfrage:

Welche Auswirkungen hat die multiprofessionelle Dokumentation auf das sozialarbeiterische Dokumentationsverhalten in Primärversorgungszentren?

Daraus ergeben sich für mich die Unterfragen

- Welche Auswirkungen hat der Datenschutz auf die Dokumentation Sozialer Arbeit in der Praxis?
- Wie entscheiden Sozialarbeiter*innen, welche Informationen zu Klient*innen über die Dokumentation mit dem multiprofessionellen Team geteilt werden?
- Welche Informationen werden üblicherweise zurückgehalten?

- Welche Auswirkungen hat das Zurückhalten von Informationen von Seiten der Sozialarbeiter*innen den anderen Professionen gegenüber?
- Wie werden diese Informationen, die nicht für alle sichtbar dokumentiert werden, dokumentiert und welche Herausforderungen aber auch Möglichkeiten bringt eine getrennte Dokumentation mit sich?
- Wie wird Klient*innen kommuniziert, was/dass dokumentiert wird?

3.3 Übergeordnetes Forschungsprojekt

Die vorliegende Arbeit ist Teil des Bachelorforschungsprojektes „Dokumentation und Bewertung sozialarbeiterischer Betreuungsprozesse in der Primärversorgung – Mitgestaltung der Profession durch anschauliche Umsetzung (SA@PV)“ der FH St. Pölten. Demnach möchte im Folgenden zum einen das Projekt und zum anderen die Einordnung der Einzelforschung im Projekt dargestellt werden.

3.3.1 Projektdarstellung³

In den letzten Jahren wurde an der Fachhochschule St. Pölten im Rahmen unterschiedlicher Bachelor-Forschungsprojekte im Bereich Primärversorgung in Österreich geforscht. Hierbei lag der Fokus vor allem auf sozialarbeiterischen Handlungskonzepten, konkreten Praxisansätzen und -methoden, sowie der Einbindung der Sozialen Arbeit in die Primärversorgung (vgl. FH St. Pölten 2019; FH St. Pölten 2020). In diesem Jahr liegt das Hauptaugenmerk auf der Dokumentation und Bewertung sozialarbeiterischer Betreuungsprozesse in der Primärversorgung (vgl. FH. St. Pölten o.A.). Innerhalb des Projektes vertieften sich die Studierenden in unterschiedliche Teilbereiche und entwickelten spezifische Forschungsfragen. So entstehen elf Einzelarbeiten zu individuellen Themen und gleichzeitig ein gemeinsamer Output im Rahmen des Gesamtforschungsprojektes in Form eines Papers zu Dokumentation in der Primärversorgung.

3.3.2 Einordnung des eigenen Beitrags im Gesamtprojekt

Das Gesamtprojekt legt also allgemein den Fokus darauf, wie in den Primärversorgungszentren mit der berufsgruppenübergreifenden Dokumentation umgegangen wird und welche Rolle hier im Besonderen die Soziale Arbeit spielt. Es geht darum, dass sich die unterschiedlichen Professionen in ihrem Tun zum einen bedingen und zum anderen beeinflussen. Es gibt Gemeinsames und Trennendes und jede Profession hat ihre eigene Rolle im Team der Primärversorgungszentren. Hierzu stellt das Projekt beispielsweise auch die Frage: „Wie gestalten sich die Dokumentation der Leistungen der Sozialen Arbeit und die Kodierung in der Praxis?“ und als Unterfrage hierzu: „Wie gestaltet sich das Handling hinsichtlich Abgleich und Abstimmung der Dokumentation in den PVE im Team?“ (FH. St. Pölten o.A.). Zur Beantwortung dieser Fragen kann auch der in dieser

³ Kapitel wurde von der Projektgruppe gemeinsam verfasst

Einzelforschung dargestellte Blick auf die sozialarbeiterische Dokumentation in Primärversorgungszentren dienlich sein. Durch das Hinterfragen, wie die Soziale Arbeit in ihrem Dokumentationsverhalten durch die multiprofessionelle Dokumentation beeinflusst wird, kann auch ersichtlich werden, welche Bedürfnisse die Professionen in das Dokumentationsverfahren einbringen und was das essentielle an dem Teilen von Informationen ist. Gleichzeitig wird aber auch hinterfragt, ob es Informationen gibt, die nicht geteilt werden müssen oder sogar sollten, um den Klient*innen im sozialarbeiterischen Angebot einen Schutzraum bieten zu können. So steht „im Team rund um den Hausarzt“ (BMSGPK 2014) nicht der*die Hausärzt*in sondern letztlich der*die Klient*in/Patient*in im Mittelpunkt und sämtliche multiprofessionelle Dokumentation sollte dem*der Patient*in dienlich sein.

3.4 Stand der Forschung

Wie im vorgehenden Kapitel beschrieben, widmeten sich bereits frühere Forschungsgruppen des Bachelorstudiengangs Sozialer Arbeit an der FH St. Pölten der Sozialen Arbeit in Primärversorgungseinheiten. Im spezifischen auf die hier stattfindende Dokumentation blickte Flora Vesely in der Arbeit „Weitergabe von und während der Anamnese der Sozialen Arbeit in Primärversorgungseinheiten gewonnenen Daten“. Sie stellte hierbei unter anderem bereits fest, dass manche Sozialarbeiter*innen neben der für allen zugänglichen elektronischen Dokumentation weitere Unterlagen führen, die nur für sie selbst zugänglich sind und eine Auswahl der Informationen, welche mit allen geteilt werden, stattfindet (vgl. Vesely 2020: 28f).

4 Forschungsdesign

Im Folgenden werden die Methoden der Datenerhebung sowie die Auswahl der Interviewpartner*innen erläutert. Des Weiteren wird auf die Auswertungsmethode zur Evaluierung des Datenmaterials eingegangen. Letztlich ist der in der Forschungsgruppe gemeinsam erstellte Datenpool und wie dieser in der vorliegenden Arbeit genutzt wurde dargestellt.

4.1 Leitfadeninterviews

Die drei Leitfadeninterviews, welche das Herzstück der Datenerhebungen darstellten, wurden gemeinsam mit einer Forschungskollegin vorbereitet und durchgeführt. Hierbei wurden zum einen die Interviewfragen aufeinander abgestimmt, zum anderen ergänzte sich die Organisation und Anfrage der Interviews.

Wie von Uwe Flick beschrieben, dienen die Leitfäden hierbei zur Orientierung in den Gesprächen, wobei es nicht darum geht, die Reihenfolge und Formulierungen des Leitfadens

genau zu übernehmen, vielmehr sollen die Fragen zum freien und ausführlichen Erzählen anregen, was bei Bedarf durch tiefergehendes Nachfragen weiter angeregt werden kann (vgl. Flick 2009:113f). Die Leitfäden basierten dementsprechend auf den Forschungsfragen und wurden im Sinne zyklischen Forschens auch an die Erkenntnisse vorgehender Interviews angepasst. Die Interviewpartner*innen stellten hierbei Sozialarbeiter*innen aus Primärversorgungseinheiten und somit Expert*innen dar. Diese wurden gewählt da, um das Ziel des Forschungsinteresses zu erreichen, sozialarbeiterisches Handlungsinteresse, Erfahrung und Wissen von Bedeutung sind.

4.1.1 Interviewdurchführung

Vor der Durchführung des ersten Interviews, wurde abgestimmt mit der Kollegin, welche ebenfalls an den Interviews beteiligt war, ein Leitfaden konzipiert, welcher anschließend an die folgenden Interviews angepasst und abgeändert wurde. Mein Teil der Leitfäden bestand aus Hauptfragen und Detailfragen, welche je nach Bedarf gestellt wurden.

Aufgrund der anhaltenden Pandemie, war persönlicher Kontakt zu den Interviewpartner*innen nicht möglich. Dementsprechend wurden zwei Interviews via Videokonferenz und ein Interview telefonisch geführt. Zu Beginn wurden in den Interviews mit den Professionist*innen Fragen zur Struktur und zum Aufbau der verwendeten Dokumentation gestellt. Des Weiteren wurden die Überlegungen, welche die Sozialarbeiterinnen in ihrer Dokumentation beeinflussen erhoben und versucht auf die Inhalte der Dokumentation einzugehen, die nicht für alle Professionen der Primärversorgung gedacht beziehungsweise relevant sind. Den Abschluss meines Interviewteils bildete die Frage danach, wie mit Klient*innen zum Thema Dokumentation gesprochen wird, bevor die Interviewführung anschließend meiner Kollegin übergeben wurde.

4.2 Gruppendiskussion

Die Leitfadeninterviews ergänzend, fand eine Gruppendiskussion mit Sozialarbeiter*innen, wovon ein Teil ebenfalls in Primärversorgungszentren tätig ist, während ein anderer Teil Erfahrungen aus anderen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit einbringen konnten, statt.

Die Gruppendiskussion zielt hierbei auf unterschiedliche Konzepte von Meinungen (Nicht-öffentliche Meinung, informelle Gruppenmeinungen, etc.) ab. Besonders im Erforschen der Einzelmeinungen wird davon ausgegangen, dass die Meinungen zwar nicht durch den Gruppenprozess generiert werden, jedoch der Gruppenprozess die Kommunikation dieser erst ermöglicht. Darüber hinaus ermöglicht die Gruppendiskussion einen offenen Diskussionsanreiz und das Ergebnis der Diskussion ist offener, als im Leitfadeninterview. Des Weiteren hat das Diskutieren in der Gruppe den Vorteil für die Teilnehmer*innen sich auch mit den Ansichten ihrer Kolleg*innen zu beschäftigen und bietet Anreiz die eigenen möglicherweise unbewussten Handlungsmuster zu hinterfragen (vgl. Lamnek 2005: 423-432).

Umgesetzt wurde diese Gruppendiskussion über ein Vernetzungstreffen der Connect-Sozial Community, welche solche Treffen monatlich via Videokonferenz anbietet. Da hierbei ebenfalls mehrere Studierende beteiligt waren, war die zeitliche Spanne für die einzelnen Themen auf 15-20 Minuten begrenzt.

Im Forschungsverlauf, war die Gruppendiskussion so positioniert, dass zuvor bereits zwei Interviews stattfanden, welche die Grundlage und Inspiration für die Gruppendiskussion darstellten. Ergänzend dazu fand das letzte Interview zeitlich nach der Diskussion mit einem Experten, welcher auch an der Diskussion teilnahm, statt. Dies ermöglichte Offengebliebenes zu hinterfragen und zu vertiefen.

4.3 Kontaktaufnahme und Auswahl der befragten Personen

Die Kontaktaufnahme zu potentiellen Interviewpartner*innen erfolgte in Absprache mit allen Projektkolleg*innen und wurde im Spezifischen mit einer Kollegin gemeinsam durchgeführt. Ähnlich koordiniert erfolgte die Kontaktaufnahme zur Gruppendiskussion. Hierbei wurde das bestehende Connect-Sozial-Netzwerk genutzt. Demnach diente der Koordinator der hier stattfindenden Treffen als Ansprechperson und vorerst nicht die Sozialarbeiter*innen selbst und es war im Vorhinein nur aus den Erfahrungswerten der regelmäßig stattfindenden Treffen zu erahnen, welche Sozialarbeiter*innen an der Diskussion beteiligt sein würden.

Bei der Auswahl der Partner*innen für die Leitfadeninterviews waren wir demnach abhängig von der gesamten Forschungsgruppe einerseits und von den sich zur Verfügung stellenden Professionist*innen andererseits. Hierbei ergaben sich folgende Komponenten, die auf die Ergebnisse Auswirkungen haben könnten:

Örtliche Gegebenheit:

Alle drei der von mir befragten Sozialarbeiter*innen sind als Sozialarbeiter*innen in Primärversorgungszentren innerhalb desselben österreichischen Bundeslandes tätig. Zwei von ihnen sogar in derselben Stadt. Hierbei kann angenommen werden, dass die Sozialarbeiter*innen, welche in derselben Stadt tätig sind auch mit ähnlichen Lebenswelten ihrer Klient*innen konfrontiert sind. Im Vergleich dazu bietet die Interviewpartner*in auf die dies nicht zutrifft einen Stadt-Land-Vergleich, da diese in einem sehr ländlichen Gebiet tätig ist.

Geschlecht:

Zwei der befragten Sozialarbeiter*innen sind weiblich, während eine befragte Person männlich ist. Dies spielt, wie sich in den Interviews zeigte, auch eine Rolle im Umgang mit Themen wie sexualisierter Gewalt und hat somit einen Einfluss auf die Forschung im Bereich der schützenswerten Informationen.

Teilnahme an der Gruppendiskussion:

Während die beiden Interviewpartner*innen, welche vor der Gruppendiskussion befragt wurden, nicht an dieser teilnahmen, war die befragte Person, welche nach der Gruppendiskussion interviewt wurde auch Diskussionsteilnehmer. Dies ermöglichte eine

Verknüpfung der Diskussionsinhalte innerhalb des Interviews, beeinflusste jedoch umgekehrt nicht die Diskussion.

In der Auswahl der weiteren Professionist*innen fiel die Wahl auf die Ärzt*innen da diese von Kolleg*innen befragt wurden und ich hierbei, wie unter Kapitel 4.5. beschrieben wird, für andere Forschungen stattfindende Interviews nutzte. Die Profession der Ärzt*innen zeigte sich hierbei jedoch insofern als sinnvoll, da sich diese auch in den Interviews mit den Sozialarbeiter*innen als die Berufsgruppe darstellte, mit der die meiste Zusammenarbeit stattfindet. An der konkreten Auswahl der Interviewpartner*innen war ich hierbei jedoch nicht beteiligt.

4.4 Auswertung

Als Auswertungsmethode diente die Systemanalyse nach Froschauer und Lueger, welche eine Erschließung prozessdynamischer Aspekte sozialer Felder ermöglicht (vgl. Froschauer / Lueger 2003:142).

Die Auswertungsmethode bewirkt besonders durch die Interpretation der Interaktions- und der Systemeffekte eine Auseinandersetzung mit der Strukturierung der Handlungen von Personen und den Auswirkungen auf das Zusammenspiel mit anderen Akteur*innen. Diese Blickwinkel sind zum einen zur Beantwortung der Frage danach, wie Sozialarbeiter*innen entscheiden, was sie in welcher Art und Weise in ihre Dokumentationen aufnehmen und wie sie mit Informationen umgehen, die sie nicht für alle Kolleg*innen sichtbar dokumentieren möchten, hilfreich. Zum anderen ist es vor allem der Blick auf die Systemeffekte, der es ermöglicht sich mit den Auswirkungen im Team und den Bezug auf Klient*innen auseinanderzusetzen.

4.5 Datenpool der Forschungsgruppe

In der Projektgruppe wurde ein Datenpool generiert, der sich aus den Beiträgen aller Studierenden zusammensetzt. Die gesamte Projektgruppe hatte Zugriff auf die erhobenen Daten und alle Studierenden konnten für sie relevante Ergebnisse aus dem Datenpool entnehmen. Da die Anzahl an Primärversorgungseinheiten, in denen Sozialarbeiter*innen tätig sind, gering ist, wurden Interviews zu zweit bzw. zu dritt geführt. Die Ressourcen der Interviewpartner*innen konnten so geschont und Mehrfachanfragen bzw. -termine vermieden werden. Die gemeinsam geführten Interviews in der Gruppe wurden als Bereicherung erlebt, da der Forschungsprozess um mehrere Perspektiven erweitert wurde und diese sich wechselseitig konstruktiv beeinflussten. Daraus folgend konnten vielfältige Ergebnisse erzielt werden.⁴

Dieser gemeinsame Datenpool wurde meinerseits zum einen dahingehend genutzt, um die Seite einer anderen Profession einzubeziehen und die Unterforschungsfrage „Welche Auswirkungen hat das Zurückhalten von Informationen von Seiten der Sozialarbeiter*innen

⁴ Absatz wurde von der Projektgruppe gemeinsam verfasst

den anderen Professionen gegenüber?“ beantworten zu können. So spielte in Interviews mit Ärzt*innen auch eine meiner Fragen eine Rolle, obwohl ich hierbei bei der Erhebung nicht selbst beteiligt war. Im Gegenzug dazu, wurde auch in meinen Interviews das konkrete Forschungsinteresse eines*r anderen Kolleg*in miteinbezogen. Des Weiteren konnten durch den gemeinsamen Datenpool weitere Interviews mit Sozialarbeiter*innen für die Erarbeitung der Ergebnisse genutzt werden, was die von mir selbst erhobene Datenmenge deutlich erweiterte.

5 Darstellung der Ergebnisse

Im vorliegenden Kapitel werden die Forschungsergebnisse, welche aus den Analysen der Interviews und der Gruppendiskussion mit der Auswertungsmethode der Systemanalyse resultieren, dargestellt. Hierbei werden die erhobenen Daten interpretiert und mit Vorannahmen und Literatur, mit dem Ziel die oben ausgeführten Forschungsfragen zu beantworten, verglichen. Zuerst wird auf den Einfluss und den Umgang mit Datenschutz eingegangen, da dieser den Rahmen darstellt, in dem sich die Dokumentation und der Austausch innerhalb der Primärversorgungszentren bewegt. Damit verbunden wird die Frage beantwortet, wie Sozialarbeiter*innen selbst mit Klient*innen zum Thema Dokumentation sprechen.

Das Hauptaugenmerk der Darstellung der Forschungsergebnisse liegt anschließend darauf, wie die sozialarbeiterische Dokumentation in Primärversorgungszentren von der multiprofessionellen Dokumentation beeinflusst wird. Hierbei wird der Blick auch auf das Team erweitert und der Umgang mit sensiblen Themen hinterfragt. Letztlich wird dargestellt, welche Möglichkeiten bisher in der Dokumentation gefunden wurden, um den vielfältigen Ansprüchen an die sozialarbeiterische Dokumentation gerecht zu werden.

5.1 Auswirkungen des Datenschutzes

Wie bereits im Kapitel 2.3 beschrieben, bildet der Datenschutz einen rechtlichen Rahmen, in dem sich zum einen die Dokumentation und zum anderen auch der Austausch innerhalb des Teams in Primärversorgungszentren bewegt. Grundsätzlich sind die Dokumentation und der Austausch der Daten, wie oben beschrieben, rechtlich gefordert und somit legitimiert. Darüber hinaus werden von den Patient*innen Einwilligungen eingeholt. In den Interviews wurde ersichtlich, dass dieses Einholen der Einwilligung nicht primär Aufgabe der Sozialarbeiter*innen ist, sondern bereits beim Erstkontakt der Patient*innen in den Einrichtungen abgeklärt wird und auch für den gesamten Betreuungsverlauf gilt (vgl. T11: Z147f; T112: Z138-142).

Die Zustimmung zur Verwendung und Weitergabe der Daten wird hierbei schriftlich eingeholt. Ein Formular aus einem der beforschten Zentren, welches zur Forschung bereitgestellt wurde, zeigt, dass hierbei sowohl zur Speicherung von Behandlungsdaten und Befunden innerhalb des Zentrums, aber auch zum Austausch mit Behandlungspartner*innen (z.B. andere

Ärzt*innen, Labore, etc.) das Einverständnis gegeben werden muss. Des Weiteren klärt das Formular über die Aufbewahrungspflicht der Patient*innenkartei und die Möglichkeit zur Widerrufung des Einverständnisses auf und es kann das Einverständnis zur E-Mailübermittlung von Befunden etc. gegeben werden (vgl. D1:Z6-50). Dass hierbei die Speicherung der Daten auch beinhaltet, dass jede Profession innerhalb des Zentrums auf die Daten, welche von anderen erhoben werden, zugreifen kann, wird im Formular nicht ausdrücklich beschrieben, sondern könnte aus dem Zusammenhang hervorgehen. So wird das Einverständnis zur Speicherung folgendermaßen formuliert:

„Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Dr. XX und Dr. YY und deren Vertretung sowie das gesamte Team der Primärversorgungseinheit meine persönlichen Stammdaten (...) sowie meine Gesundheitsdaten (...) zum Zwecke meiner ärztlichen Behandlung speichern darf“ (D1:Z7-11).

Hieraus kann bereits interpretiert werden, dass die Profession der Ärzt*innen im Vergleich zum restlichen Team deutlich im Vordergrund steht. Diesbezüglich ist auch auffällig, dass als Zweck der Speicherung lediglich die ärztliche Behandlung genannt wird, obwohl in der Praxis auch andere medizinische Behandlung und eben die sozialarbeiterische Betreuung stattfinden, welche ebenso die Speicherung der Daten benötigen.

Demnach könnte über diese primäre allgemeine Thematisierung zum Umgang mit den Patientendaten, mit dem Zweck der rechtlichen Absicherung, auch eine sekundäre Thematisierung durch die einzelnen Professionist*innen sinnvoll sein. Wie hierbei die Sozialarbeiter*innen vorgehen, wird im folgenden Kapitel „Kommunikation und Aufklärung Klient*innen“ dargestellt.

Auf das Recht zur Einsichtnahme in die Dokumentation werden die Patient*innen in dem zur Verfügung gestellten Einverständnisblatt nicht informiert. Dennoch wird dieses Recht in den Interviews und vor allem auch in der Gruppendiskussion thematisiert. So gibt keine der befragten Personen an, dass es in der Praxis schon einmal Thema war, dass Patient*innen in die sie betreffende Dokumentation Einsicht nehmen wollten. Hieraus ergibt sich die Frage, ob die Tatsache, dass dieses Recht nicht genutzt wird, damit in Verbindung steht, dass die Patient*innen scheinbar nicht darauf aufmerksam gemacht werden. Angebote können nicht genutzt werden, wenn diese nicht bekannt sind. Allerdings kann auf Systemebene hinterfragt werden, ob das Wissen über das Recht auf Einsicht zumindest in gewissen Patient*innenkreisen ein allgemein bekanntes ist und unabhängig davon kein Interesse an der, die eigene Person betreffende Dokumentation besteht. Diese Hypothese könnte auch von dem beschriebenen wenig vorhandenen Interesse von Seiten der Patient*innen für die Dokumentation im Allgemeinen belegt werden:

„I hab das Gefühl, dass sie sich da eigentlich überhaupt keine Gedanken darüber machen beziehungsweise, hab ich auch die Vermutung, dass es ihnen einfach relativ egal ist. (...) Aber natürlich, wenn jemand Einsicht als Patient in die Dokumentation haben möchte, geht das natürlich. Und darum muss man auch immer so dokumentieren bei uns. Ahm dass es die Patienten bei Bedarf lesen können“ (T12: Z230-236).

Hierbei beschreibt der*die interviewte Sozialarbeiter*in aber auch, dass es sich bei seinen*ihren Klient*innen vorwiegend um ältere Menschen im ländlichen Kontext handelt und vermutet hierbei eine Generationenfrage (vgl. T12:Z226-228). Diese Hypothese könnte die Sozialarbeiter*innen auch darin prägen, wie sie mit ihren Klient*innen zum Thema

Dokumentation sprechen. Des Weiteren geht aus dem Zitat hervor, dass es für die Soziale Arbeit dennoch wichtig ist, für deren Klient*innen lesbar zu dokumentieren. Hier kann angenommen werden, dass die Soziale Arbeit diesbezüglich von einem wertschätzenden Menschenbild und auch der Parteilichkeit für die Klient*innen geprägt ist, was auch in der Dokumentation gelebt werden möchte.

Obwohl die Einsichtnahme in der Praxis nicht genutzt wird, tauschen sich die Professionist*innen in der Gruppendiskussion darüber aus, wie sie dieses Recht, wenn notwendig, gewährleisten könnten. Die Sozialarbeiter*innen wissen hierbei nicht gesichert, ob sie den Klient*innen auch die Dokumentation zugänglich machen dürften, die andere Professionen verfassen, denken aber, dass nur die eigene Dokumentation mit den betroffenen Klient*innen geteilt werden dürfte (vgl. T110: Z122-133). Dies wiederum führt zur Frage der praktischen Umsetzung:

„Jo, aber was tua I donn? Dann hob I an Monitor und deck i die obere Hälfte mit der linken Hand ab und die andere Hälfte mit der rechten Hand? Oder wie.. wie moch i denn des? Wie wie stö i dann sicher, dass nur meine drei Zeilen gelesen werden und nicht die von der Therapeutin.. ah.. vom Vortag [...] Also da gibt's dann die klassische Einsicht in die Dokumentation, dann eigentlich eher nicht, zumindest ned über mi, vielleicht über ein[en] Arzt.“ (ebd.: Z134-139).

Hieraus wird sichtbar, dass das Dokumentationssystem es nicht zulassen würde, nur die eigene Dokumentation für die Klient*innen sichtbar zu machen. Dies wiederum stellt die*den betroffenen Sozialarbeiter*in vor eine Herausforderung und würde, wie angedeutet wird, dazu führen, dass eine niederschwellige Einsicht in die Dokumentation den Klient*innen verwehrt wird und auf die Profession der Ärzt*innen übertragen werden würde.

Hieraus ergibt sich die Diskussion dahingehend, dass aus einer Parteilichkeit für die Klient*innen die Soziale Arbeit durchaus eine Verpflichtung verspürt, den Klient*innen zu diesem Recht auf Einsicht zu verhelfen und hierbei auch Ärzt*innen keine übergeordnete Rolle oder Machtposition haben sollten:

„[D]er Patient hat ja auch ein Recht zu sehen, was der Arzt über ihn dokumentiert. Ich muss ja den Arzt nicht fragen, ob er dem Patienten das Recht gewährt, dass dieser schon hat.“ (ebd.: Z170-172).

So zeigt sich bei der Diskussion, um die Rechte der Klient*innen die Dokumentation betreffend, bereits ein Spannungsfeld für Sozialarbeiter*innen in Primärversorgungszentren. Das, die Soziale Arbeit prägende mehrfache Mandat, spielt demnach auch im Handlungsfeld der Primärversorgung eine Rolle. Vor allem im Hinblick auf die Rolle der Ärzt*innen, welche scheinbar als übergeordnet wahrgenommen wird, ergibt sich hierbei ein Konflikt. Darüber hinaus zeigt sich hier eine Auswirkung der multiprofessionellen Dokumentation auf die Soziale Arbeit, wenn davon ausgegangen werden kann, dass die Sozialarbeiter*innen, würde es sich lediglich um die eigene Dokumentation handeln, das Recht auf Einsicht ohne Hindernisse gewähren könnten.

5.2 Kommunikation und Aufklärung Klient*innen

Wie im vorherigen Kapitel bereits angesprochen, werden die Sozialarbeiter*innen in ihrer Kommunikation zum Thema Dokumentation und Datenschutz mit Klient*innen von unterschiedlichen Faktoren geprägt. Genannt werden hierbei zum Beispiel das Alter der Klient*innen (vgl. T12: Z226-228; T112: Z177-180) oder die Zugehörigkeit zu unterschiedlichen Sozialen Schichten (vgl. T112: Z149-156). Wobei insbesondere in einem Interview beschrieben wird, dass hier nicht beeinflusst wird ob das Thema behandelt wird, sondern in welchem Ausmaß beziehungsweise in welcher Art und Weise die Themen den Klient*innen nähergebracht werden. Ein geeigneter Rahmen sei hierfür das Erstgespräch, wobei das Besprechen der rechtlichen Grundlagen auch zum Vertrauensaufbau beisteuern kann (vgl. ebd.: Z168-173).

Hieraus wird ebenso ersichtlich, dass die Entscheidungen, wie ausführlich und in welcher Form das Thema des Datenschutzes und der Vertraulichkeit in der Betreuung thematisiert werden, bei den einzelnen Sozialarbeiter*innen in den jeweils individuellen Gesprächen liegen.

Neben dem direkten Thematisieren der Dokumentation und des Austausches mit den anderen Professionen, zeigt sich in den Interviews auch eine andere Möglichkeit den Klient*innen den Umgang mit der Dokumentation transparent zu machen. Dieser besteht darin, die Dokumentation während des Betreuungsverlaufes offen heranzuziehen und zu nutzen:

„und i bin do recht transparent also i schau dann oft mit dem Klient[*inn]en selbst, also, die sehen zwar nicht direkt auf meinen PC aus datenschutzgründen, aber er steht so, dass man sehen könnte, dass die Kartei offen ist [...] und i sag dann auch ganz oft ‚Mei jetzt schau i nach was ma das letzte Mal gmacht haben in der Dokumentation‘ und dass die auch wissen i dokumentier jedes Gespräch was ma gemacht haben. Immer weiß i a ned ob sie mir schon irgendwann an Zettel oder wos a immer gebracht haben und dann sag i ‚Ma dann schau ma glei nach, ob i das schon eingescannt hab in ihrer Kartei‘ also die wissen ganz klar, dass Dinge dokumentiert werden. [...]Das ist ja auch kein so ein riesen Thema“ (T11: Z136-149).

Hierbei bekommt die Dokumentation keinen herausgehobenen Stellenwert, sondern wird als alltägliche Begleiterin der Arbeit dargestellt. Dieses transparente Arbeiten mit der Dokumentation könnte auch dahingehend einen Vorteil darstellen, dass den Klient*innen direkt praktisch gezeigt wird, dass die Dokumentation für das Arbeiten notwendig und praktisch ist.

5.3 Ziel der Nützlichkeit der Dokumentation

Als leitender Gedanke, welcher die Dokumentation der Sozialen Arbeit in Primärversorgungszentren beeinflusst, zeigt sich die Motivation so dokumentieren zu wollen, dass man zum einem selbst seinen Nutzen daraus ziehen kann, zum anderen aber auch die anderen Teammitglieder von der eigenen Dokumentation profitieren. Was es hierzu braucht, wird individuell unterschiedlich wahrgenommen, jedoch zeigen sich mehrere Funktionen und Motivationen, die hinter der Dokumentation stehen.

5.3.1 Funktionen der Dokumentation

Die Sozialarbeiter*innen geben in den Interviews Einblicke in ihre Motivationen und Ansichten, warum sie was wie ausführlich in der Dokumentation festhalten. Hierbei hat nicht jede*r die gleichen Ansprüche an die eigene Dokumentation. Wie im Kapitel 2.2.2 dargestellt, beschreibt die Literatur ebenfalls unterschiedliche Funktionen der Dokumentation. Orientiert an den „Funktionen der Dokumentation im institutionellen Kontext“, welche nach Reichmann auf die praktische Aufgabenwahrnehmung ausgerichtet sind (vgl. Reichmann 2016:37), kann verglichen werden, inwieweit sich diese in den Beschreibungen der Sozialarbeiter*innen wiederfinden:

■ Informationsfunktion

Zahlreiche Informationen zu Klient*innen und dem Verlauf werden hierbei erfasst „damit sie für die Arbeit jederzeit und personenunabhängig zugänglich sind“ (ebd.:38). Diese Informationsfunktion wird auch von den Sozialarbeiter*innen als zentral dargestellt. Er bietet die Grundlage der Klient*innenarbeit und stellt somit den offensichtlichen Zweck der Dokumentation dar. Dass es hierbei nicht nur darum geht, sich selbst Erinnerungshilfen bereitzustellen, sondern die Informationen auch für andere Personen brauchbar aufzubereiten, wird beispielsweise wie folgt beschrieben:

„i dokumentier grundsätzlich alles was für mich wichtig ist sozialarbeiterisch, weil i jo ned waß, ob i morgen wieder in die Arbeit kum und mein Nachfolger soll ja, also jetzt überspitzt formuliert, man weiß ja nie was an passiert [...]“ (T11:Z31-33).

■ Argumentationsfunktion

Reichmann beschreibt hierbei, dass zum Beispiel für Entscheidungsgremien im Vorfeld wesentliche Informationen in Statusberichten und Empfehlungen verschriftlicht werden. In diesem Sinne wird keine Argumentationsfunktion von den befragten Personen beschrieben. Jedoch erzählt ein*e Sozialarbeiter*in, dass er*sie in seltenen Fällen auch Vorgehensweisen von Behörden dokumentiert, um dies im Sinne der Klient*innen festzuhalten (vgl. T12:Z26-29). Hier könnte die Dokumentation in gewisser Weise als Argumentationsgrundlage dienen, falls es zu Auseinandersetzungen kommt.

■ Arbeitsorganisierende Funktion

Die arbeitsorganisierende Funktion der Dokumentation in der Primärversorgung wird bereits durch den Aufbau der Dokumentationssysteme an sich unterstützt. Zum Beispiel werden durch Zuweisungen und das Notieren von Zuweisungsgründen bereits Zuständigkeiten und Kooperationen abgeklärt (vgl. T11:Z26-31).

■ Legitimationsfunktion

Texte oder Dokumentation im Sinne der Legitimation, stellen beispielsweise Daten dar, die Kosten- und Entscheidungsträgern oder der Politik als Wirkungs- und Erfolgsnachweise vorgelegt werden müssen (vgl. Reichmann 2016:41). Im Kontext der Primärversorgung geht es hierbei beispielsweise darum, die Leistungen der Sozialen Arbeit abzurechnen. In der Forschungserhebung wurde diesbezüglich ersichtlich, dass dieses Thema die Soziale Arbeit in der Primärversorgung, obwohl kein strenger Legitimationszwang wahrgenommen wird, durchaus beschäftigt. So wird beispielsweise, wie im folgenden Punkt 5.3.2. erwähnt wird,

darauf eingegangen, dass die Freiheit entscheiden zu können, was wie dokumentiert wird, nur dann gelingt, wenn dies nicht die Geldgebung beeinflusst.

■ Verpflichtungsfunktion

Hierbei spricht Reichmann konkret von Verträgen und Vereinbarungen, die als solches festgehalten werden (vgl. Reichmann 2016:41f). Diese werden beispielsweise in einem Interview angesprochen, als erläutert wird, dass der*die Sozialarbeiter*in von den Klient*innen Bevollmächtigungen bekommt, um diese beispielsweise vor Behörden vertreten zu können (vgl. TI12:Z181-199).

Im Zusammenhang mit der Verpflichtungsfunktion möchte ich aber auch auf die Situationen eingehen, in welchen die Soziale Arbeit von ihrer Verschwiegenheit befreit ist, um zum Beispiel Fremd- oder Selbstgefährdung zu verhindern. Hierbei wurde von mehreren Interviewpartner*innen darauf hingewiesen, dass die Dokumentation zur rechtlichen Absicherung eine wichtige Rolle einnehme und hier besonders darauf geachtet wird, genau zu dokumentieren (vgl. TI2:Z49; TI12:Z14f).

Darüber hinaus beschreibt Reichmann die Reflexions-, Evaluations- und Sozialplanungsfunktionen (vgl. Reichmann 2016:39-43). Diese Funktionen kamen in den Interviews nicht zur Sprache. Dies heißt jedoch nicht, dass die Dokumentation nicht als Basis für diese genutzt wird. Möglicherweise stellen diese Funktionen jedoch keine bewussten Überlegungen der Sozialarbeiter*innen beim Dokumentieren dar und tauchen somit in den Ausführungen nicht auf, da nicht aktiv danach gefragt wurde.

5.3.2 Relevanz für die anderen Professionen

Zusätzlich zu den Ansprüchen an die Dokumentation die eigene Arbeit mit den Klient*innen betreffend, beschreiben die befragten Sozialarbeiter*innen, dass sie im Dokumentationsprozess filtern, welche Informationen für die anderen Professionen wichtig sind. Somit stellt die Dokumentation auch eine Art der Kommunikation zwischen den im Haus tätigen Akteur*innen dar. Hierbei spielt es einerseits durchaus eine Rolle die eigene Dokumentation auf die wesentlichen Punkte zu beschränken, um auch die Übersichtlichkeit für die anderen Professionen zu bewahren. Andererseits betont ein*e Interviewpartner*in, dass er*sie im Vergleich zu Kolleg*innen durchaus umfangreicher dokumentiert, um für sich selbst den Überblick zu behalten. So zeigt sich hier in Bezug auf das Ausmaß der Dokumentation eine Herausforderung. Vorschriften von Seiten der Organisationen wurden hierbei keine festgestellt. So beschreibt den eigenen Umgang mit der Dokumentationslänge ein*e Sozialarbeiter*in als „so kurz wie möglich und so viel wie notwendig“ (TI2:Z37f).

In der Beschreibung dessen, was sich in der sozialarbeiterischen Dokumentation als notwendig aufzutut, zeigt sich wiederum die Mehrdimensionalität, welche abgedeckt werden muss. So beschreibt diese*r Sozialarbeiter*in, er*sie dokumentiert Kernaussagen eines Gesprächs sowie gesetzte Schritte und erhobene Sozialanamneseinformationen, wie beispielsweise die Pflegegeldstufe, da dies auch beispielsweise für Ärzt*innen wichtig sei (vgl. TI2:Z41-45). Im Vergleich dazu dokumentiert ein*e andere*r Sozialarbeiter*in keine gesetzten Schritte, sondern hauptsächlich die von den Klient*innen erhaltenen Informationen, vermehrt

auch mit Originalzitate(n) (vgl. TI15:Z151-55). Der*die Sozialarbeiter*in dokumentiere gesetzte Schritte grundsätzlich nur, wenn die Arbeit legitimiert werden müsste, was er*sie im Setting der Primärversorgung nicht wahrnehme (vgl. ebd.:Z165-168). Hier zeigt sich wiederum der Einfluss der Dokumentationszwecke, wie sie im vorangegangenen Kapitel beschrieben werden, aber auch der Einfluss der professionellen Anforderungen, wie sie im Kapitel 2.2.1 genannt werden.

Beide der hier zitierten Sozialarbeiter*innen nennen jedoch, dass sie sich im Laufe der Zeit weiterentwickelt haben. Während der*die zuerst genannte Sozialarbeiter*in beschreibt, erst im Laufe der Zeit gelernt zu haben, was für ihre Kolleg*innen wichtig ist (vgl. TI2:Z189-194), beschreibt die zweite interviewte Person, dass sie sich inzwischen auf das konzentriert, was für die eigene Arbeit von Bedeutung ist, während sie zu Beginn sehr darauf bedacht war, für die anderen Wichtiges herauszuheben (vgl. TI15: Z669-673).

Die beschriebene Freiheit, selbst zu entscheiden, wie sehr in der eigenen Dokumentation die anderen Berufsgruppen bedacht werden, bestätigt ein*e Sozialarbeiter*in aus einem anderen Primärversorgungszentrum als beschrieben wird, dass die Freiheit besteht Informationen nicht im Dokumentationssystem festzuhalten, da diese als schützenswert empfunden werden. Diese Freiheit bestehe wiederum nur solange ein detaillierteres Dokumentieren nicht gefordert wird, um finanziert zu werden (vgl. TI12:Z131-134).

Aus diesen Erläuterungen der Sozialarbeiter*innen ermöglicht die Systemanalyse zu erkennen, dass sich die Sozialarbeiter*innen in ihrem „lebensweltlichen Kontext“ einerseits in einem Arbeitsfeld wiederfinden, in dem sie sich in ihrer Arbeit nicht überwacht fühlen oder gar Nachweise bringen müssen, um eine Daseinsberechtigung zu erhalten. Andererseits spielt es für sie dennoch eine Rolle, ihr Tun den anderen Professionen näher zu bringen, um ein gemeinsames Fallverständnis aufzubauen. Dies wird in den Interaktionseffekten dort sichtbar, wo sich darum bemüht wird, das eigene Tun für die anderen Professionen anschaulich darzustellen.

Trotz der Freiheit selbst über das Ausmaß zu entscheiden, werden die Sozialarbeiter*innen hierbei also von den Bedürfnissen der anderen Professionen geprägt, was sich, wie bereits festgestellt, im Umfang der Dokumentation äußert. So beschreibt eine befragte Person dies wie folgt: „[...]ich weiß auch die anderen haben manchmal nur 2 Minuten Zeit sich vorzubereiten und da reinklicken und wollen keinen Roman lesen“ (TI12:Z61f). Hieraus wird ersichtlich, dass die Soziale Arbeit auch auf die zeitlichen Ressourcen der anderen Professionen bedacht ist und sich diesen anpasst. In einem anderen Interview wurde auch beschrieben, dass ein*e Kolleg*in der Medizin über fehlende Übersichtlichkeit klagt und bittet weniger zu dokumentieren. Dies habe die befragte Person wiederum dahingehend zum Nachdenken gebracht, da die Ärzt*innen hier gleichzeitig auch die Rolle der Arbeitgeber*innen einnehmen und deren Anregungen somit auch Anweisungen darstellen könnten (vgl. TI15:Z723-738).

An dieser Stelle können auch die Rollen der unterschiedlichen Berufsgruppen interpretiert werden. In den Interviews wird die Profession der Ärzteschaft als diejenige beschrieben, mit welcher der Austausch im Zuge der schriftlichen Dokumentation am wichtigsten ist. Zum einen

wird hier der Grund genannt, dass die Ärzt*innen die Hauptzuweiser*innen zur Sozialen Arbeit darstellen, zum anderen ist hier mündlicher Austausch aufgrund fehlender Zeitressourcen eingeschränkter möglich als mit anderen Kolleg*innen (vgl. T11:Z84-100).

Dies in Zusammenhang mit der zuvor beschriebenen Situation, dass die Ärzt*innen gleichzeitig auch Vorgesetzte darstellen, lässt erneut die Folgerung zu, dass die ärztliche Profession die multiprofessionelle Dokumentation am stärksten prägt. Wobei die Sozialarbeiter*innen hierauf unterschiedlich reagieren.

5.4 Umgang mit sensiblen Informationen

Über den Gedanken der Nützlichkeit hinaus, spielt auch ein gewisser Schutzgedanke eine Rolle in der Dokumentation der Sozialen Arbeit in der Primärversorgung. Ich hatte hierbei die Vorannahme, dass Sozialarbeiter*innen manche Informationen zu Klient*innen nicht über das Dokumentationssystem mit dem restlichen Team teilen, um deren Privatsphäre zu schützen und wollte wissen, um welche Informationen es sich hierbei handelt.

Diese Vorannahme bestätigt sich in der Forschung dahingehend, dass die befragten Sozialarbeiter*innen bestimmte Ausnahmen benennen, in welchen sie tatsächlich nicht oder nicht detailliert im gemeinsamen System dokumentieren. Hierbei wurden beispielsweise folgende Thematiken konkret genannt:

- Traumata/ Gewalterfahrungen (der Vergangenheit)
- Substanzmittelkonsum

Über meine Vorannahme hinaus, ist jedoch nicht die Tatsache, dass es sich hierbei um besonders persönliche Themen handelt, der alleinige Grund warum diese Themen in der Dokumentation anders behandelt werden. So wirkt es zum Beispiel kontrovers, dass in einer Einrichtung mit dem Substanzmittelkonsum sehr vorsichtig in der Dokumentation umgegangen wird (vgl. T112:Z103-104), während das Thema in einer anderen Einrichtung sehr detailliert dokumentiert wird (vgl. T11:Z575-582). Die Einrichtungen sind hierbei in derselben Stadt angesiedelt. Demnach könnten grundsätzlich sehr ähnliche Bedingungen herrschen. Dennoch wird unterschiedlich mit dem Thema des Substanzkonsums umgegangen. Der Grund hierfür liegt in der notwendigen Zusammenarbeit mit Ärzt*innen in der zweiten genannten Einrichtung, da hier Substitutionspatienten behandelt werden. Durch das Angebot der Substitutionsbehandlung, könnte es auch der Fall sein, dass generell das gesamte Team anders mit der Thematik umgeht, da dies einen Schwerpunkt des Primärversorgungszentrums darstellt.

Ebenso zum Thema Trauma beziehungsweise Gewalterfahrungen, konnte keine absolut einheitliche Antwort gefunden werden. Die Interviewpartner*innen, welche hierzu sprechen, sind sich einig, dass hierbei mit Bedacht gehandelt und auch dokumentiert werden muss. Bei Bedarf wird jedoch der Austausch mit Kolleg*innen notwendig, was sich auf die Dokumentation auswirken könnte. Dies wird zum Beispiel dahingehend sichtbar, als ein*e befragte Sozialarbeiter*in die Rolle des eigenen Geschlechts in Bezug auf Gewalt an Frauen thematisiert (vgl. T112:Z36-41).

So kann gesagt werden, dass es nicht alleinig die Thematiken an sich sind, welche die Sozialarbeiter*innen in ihrem Dokumentationsverhalten beeinflussen, sondern viel mehr die Rahmenbedingungen zum Umgang mit diesen Themen.

Im Folgenden wird demnach genauer betrachtet, welche Gründe die Sozialarbeiter*innen wahrnehmen, etwas nicht ausführlich in der Dokumentation festzuhalten.

5.4.1 Vertrauensbeziehung zu Klient*innen

Wenn Informationen nicht in dem für alle Professionen einsehbaren System dokumentiert werden, spielt das Vertrauen der Klient*innen zu den Sozialarbeiter*innen scheinbar eine Rolle. So beschreibt ein*e Sozialarbeiter*in, dass er*sie, wenn er*sie spürt, dass es sich um ein sehr vertrauliches Gespräch handelt, er*sie hier keine konkreten Inhalte mit dem Team teilt:

„Wenns jetzt jemand ist, der sehr vertraulich mit diesen Dingen umgeht, oder was noch einmal im dritten, vierten Gespräch aufkommt und ‚übrigens, des und des ist mir auch passiert‘, dann dokumentier ichs nicht. Weil ich mir denk, das ist jetzt wirklich etwas Vertrauliches, ich glaub das erzählt ma nicht so“ (T11:Z611-614).

Des Weiteren wird hier relevant, dass auch die Klient*innen selbst unterschiedliche Umgänge mit den sie belastenden Themen pflegen. So erzählt die befragte Person, dass es auch Menschen gibt, die sehr offen mit dem gesamten Team ihre Erlebnisse teilen und auch dementsprechend der*die Sozialarbeiter*in selbst eher offen mit Kolleg*innen über das Thema spricht (vgl. ebd.: Z605-610). Dies ermöglicht die Interpretation, dass sich die Soziale Arbeit diesbezüglich an die Lebenswelten der Klient*innen anpasst und deren eigenen Umgang mit heiklen Themen respektiert.

Der Ausgangspunkt des sozialarbeiterischen Umgangs mit dieser Vertraulichkeit wird diesbezüglich jedoch unterschiedlich beschrieben. Während zwei der zu diesem Thema befragten Sozialarbeiter*innen hierbei so etwas wie ein Bauchgefühl oder auch eine gewisse Kultur nennen, welche die Entscheidung begründet etwas nicht zu dokumentieren (vgl. T11:Z42-46; T110:Z256-261), gibt eine der befragten Personen an, dies nur dann zu tun, wenn sie ausdrücklich von Klient*innen gesagt bekommt, dass diese das Teilen der Informationen nicht möchten (vgl. T12:Z83-88).

Verschiedene Aspekte könnten diesen Unterschied im Umgang begründen. Einerseits könnte der Zugang, die Klient*innen als Expert*innen ihrer Sache zu sehen, dafür sprechen, das Ausnahmeverhalten etwas nicht zu dokumentieren, nur auf deren Wunsch hin anzuwenden. Andererseits setzt sich die Soziale Arbeit auch dafür ein, die Würde der Klient*innen zu fördern, was das eigenständige Nicht-Dokumentieren befürworten könnte. Generell können beide Arten des Umgangs mit formulierten Standards, zum Beispiel des OBDS, in Verbindung gebracht werden. Wichtig ist hierbei, dass die Sozialarbeiter*innen ihr Handeln argumentieren und begründen können. Was diesbezüglich vermutet werden kann, ist, dass die Sozialarbeiter*innen beim Teilen der von ihnen als schützenswert erlebten Informationen, von

ihrem Bild, wie das Team mit diesen umgeht, beeinflusst werden. Wie in der Systemanalyse sichtbar wird, stehen die Interaktionseffekte, also wie gehandelt wird, in Verbindung mit den lebensweltlichen Kontexten der Sozialarbeiter*innen. Wie auch im nächsten Kapitel thematisiert wird, verhalten sich die Sozialarbeiter*innen anders, wenn sie das Gefühl haben, den Standards ihrer Profession trotz oder gerade durch das Teilen der Informationen gerecht zu werden, als wenn sie bedenken dahingehend haben, ob die eigenen Standards im Team gewahrt werden.

5.4.2 Umgang mit problembehafteten Thematiken im Team

Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass die Mitarbeiter*innen in den Primärversorgungszentren eine wertschätzende Haltung den Menschen entgegenbringen, die die Versorgungsangebote in Anspruch nehmen. Schon bei Betrachtung der Definition am Beginn dieser Arbeit, welche auch die allgemein anerkannte Definition von Primärversorgung darstellt, präsentiert sich ein Versorgungssystem, welches die Patient*innen in den Mittelpunkt stellt. Diese Grundhaltung wird grundsätzlich auch von den befragten Sozialarbeiter*innen bestätigt. Dennoch bringt jede Profession eigene Identitäten, Erfahrungen und Wertehaltungen in die Arbeit im multiprofessionellen Team mit sich, was im Einzelfall zu Unsicherheiten dahingehend führen kann, wenn es darum geht, wie mit besonders schützenswerten Informationen umgegangen werden soll. Diese werden erkennbar, wenn die Befragten Personen von „sensation seeking“ im Team (T11:Z584), „Angst (..) vor irgendeinem Lapsus in der Kommunikation“ (T112:Z107) und „nicht absolut sicher sein k[ö]nn[en], dass nicht jemand neugieriges [...] unsere Dokumentation [liest]“ (T115:Z30-32) sprechen.

Hierzu bestätigen, die befragten Sozialarbeiter*innen auch, dass es unterschiedliche Zugänge der anderen Professionen zu den als heikel betrachteten Themen gibt:

„da steht dann Polytoxikomanie aber da steht nimmer mehr welche Substanzen. Ahm das ist mir wichtig, weil dann doch die OAs und andere da Einsicht nehmen und die das nicht immer verstehen in einem allgemein medizinischen Betrieb, dass man auch Patientinnen und Patienten schützen muss“ (T112:Z103-107).

Durch dieses Zitat wird ersichtlich, dass der*die Sozialarbeiter*in in diesem Fall den Ordinationsassistent*innen, aber auch grundsätzlich dem medizinischen Setting eine andere Haltung hinsichtlich des Schutzes von Patient*innen zuschreibt. Gleichzeitig offenbart das obige Zitat auch den Lösungsweg, den der*die Sozialarbeiter*in wählt, um dennoch die notwendige Dokumentation zu leisten: Die Problemlagen werden in allgemein gehaltenen „Codes“, wie der Polytoxikomanie festgehalten. Denselben Umgang beschreibt ein*e Sozialarbeiter*in am Beispiel von traumatischen Erfahrungen, diese bezeichne er*sie als solche („traumatische Erfahrungen“), gehe dabei in der Dokumentation jedoch nicht genauer auf deren Inhalt ein (vgl. T11:Z40-49).

Dies bietet zum einen die Möglichkeit für sich selbst einen Anhaltspunkt in der Dokumentation zu verankern sowie diesen für Kolleg*innen zu bieten, falls in deren Betreuung dasselbe Thema auftaucht. Interpretiert kann hier werden, dass sich die Sozialarbeiter*innen dahingehend angepasst haben, sich dessen bewusst zu sein, dass ihre Dokumentation von

anderen Professionen gelesen wird. In ihrem Umgang wie sie heikle Themen beschreiben, sind sie also geprägt von ihrem Bild, wie die anderen Professionist*innen mit den Informationen umgehen könnten. Hierbei scheint es sich jedoch vorwiegend um Eventualitäten zu handeln und nicht zwingend um das tatsächliche Geschehen. Dies zeigt sich vor allem in den Interviews, in denen die Möglichkeit bei der Betrachtung der Dokumentation Filter anzuwenden angesprochen wird. Hierbei haben die Mitarbeiter*innen je nach Dokumentationssystem die Möglichkeit Teile der Dokumentation auszublenden. So beschreibt ein*e befragte Sozialarbeiter*in, dass die Ärzt*innen durch den Einsatz eines Filters auf die sozialarbeiterische Dokumentation bisher nicht im alltäglichen Arbeiten Gebrauch machen (vgl. T18:Z497-499).

„sie können einen Filter einstellen, was sie sehen und was sie nicht sehen, also umgekehrt, ich sehe alles von den Ärzten und sie könnten eigentlich auch alles anschauen, aber haben das einfach noch nicht gemacht“ (ebd.:Z499-502).

Hier wird deutlich erkennbar, dass die Möglichkeit der anderen Professionen auf die sozialarbeiterische Dokumentation zugreifen zu können schon prägend sein kann, auch wenn diese in der praktischen Arbeit vielleicht gar nicht relevant ist. Andere Sozialarbeiter*innen wiederum beschreiben, sie hätten das Gefühl ihre Dokumentation würde sehr häufig zumindest überflogen werden (z.B. vgl. T11:Z574), was die Überlegungen zum Umgang mit schützenswerten Informationen in der Praxis relevanter werden lässt.

5.5 Umgang im Team/Auswirkungen auf die Zusammenarbeit

Um die Unterforschungsfrage „Welche Auswirkungen hat das Zurückhalten von Informationen von Seiten der Sozialarbeiter*innen den anderen Professionen gegenüber?“ beantworten zu können, wird nicht nur auf die Antworten der Sozialarbeiter*innen zurückgegriffen, sondern auch auf die der Ärzt*innen, welche von der Sozialen Arbeit mitunter auch als jene Profession genannt wurde, die die meisten Informationen zur sozialarbeiterische Fallbearbeitung brauchen (vgl. T11: Z85; T12:Z135f).

Von Seiten der Sozialarbeiter*innen wird berichtet, dass das „Zurückhalten von Informationen“, wie es die Unterforschungsfrage beschreibt, keine Auswirkungen auf die Zusammenarbeit hätte (vgl. T11:Z125; T12:Z185). Dies könnte darauf beruhen, dass die Sozialarbeiter*innen, wie in Kapitel 5.2.2 beschrieben, einen Blick darauf entwickelt haben, was für die anderen Professionen von Relevanz ist. Dies bestätigt auch ein*e befragte*r Mediziner*in in der Verneinung der Frage, ob es Auswirkungen auf die Zusammenarbeit hat, wenn der*die Sozialarbeiter*in etwas nicht dokumentiert, weil der*die Patient*in dies nicht möchte, deutlich (vgl. T19:Z332-335).

Darüber hinaus macht folgendes Beispiel sichtbar, was für Ärzt*innen aus der sozialarbeiterischen Dokumentation hervorgeht:

„Naja was für Methoden er macht, weiß ich nicht. Ahm, wir besprechen das, er sagt mir was er gemacht hat, vor allem bei den Patienten die quasi ich ihm zugewiesen hab aaahm und das is dann auch gut dokumentiert, was er gemacht hat. Aber das interessiert mich auch gar nicht wie der Pflegegeldantrag gemacht worden is [...]. Ich möcht das ja auch abgeben. Ich bin ja auch kein Sozialarbeiter und ich bin ja auch kein Psychotherapeut. Und damit reicht mir das, wenn

wenn ich grob seh, ah da is das und das passiert und gemacht worden mit dem Ergebnis“ (T11: Z316-324).

Hierbei wird die Bedeutung der Verantwortungsübertragung von Ärzt*innen auf die Soziale Arbeit erkennbar. Es geht nicht darum detailliert in die sozialarbeiterische Arbeit einzutauchen, sondern darum einen ganzheitlichen Überblick zu erhalten und darüber hinaus die Möglichkeit zu haben, wie hier beschrieben wird, die Arbeit mündlich zu besprechen.

Eben dieser mündliche Austausch wird auch von Seiten der Sozialarbeiter*innen immer wieder betont (vgl. T11:Z125-132; T12:Z439-446; T112:Z305f). Es zeigt sich also, dass die Dokumentation zwar zur Kommunikation im Team, wie in Kapitel 5.2.3 beschrieben, beiträgt, den Austausch auf mündlicher Basis jedoch nicht ablöst. Dies könnte ebenso ein Hinweis dafür sein, warum das Aussparen von Informationen, wie es in Ausnahmefällen stattfindet, auf die Zusammenarbeit keinen Einfluss hat, da falls dies notwendig ist, eine Offenheit für vertrauliche Gespräche oder auch vertrauliche Mails mit einzelnen betroffenen Kolleg*innen besteht (vgl. T11:Z125-128; T112:Z111-114).

5.6 Möglichkeiten, die in der Dokumentation gefunden wurden

Über die bereits genannten Möglichkeiten, Informationen zu codieren, beziehungsweise nur grob zu umschreiben, und die Funktion Filter anzuwenden, hinaus, wurden von der Sozialen Arbeit in dem Primärversorgungszentren weitere Wege gefunden, um den beschriebenen Spannungen zwischen den eigenen Ansprüchen und den Ansprüchen des Teams aber auch den Ansprüchen der Privatsphäre der Klient*innen gerecht zu werden. Diese waren beispielsweise Anpassungen der medizinisch orientierten Systeme, welche schon dazu notwendig waren, um eine sozialarbeiterische Leistungsabrechnung zu ermöglichen (vgl. T12:112-116) oder die Übersichtlichkeit der Einträge zu gewährleisten (vgl. T115:Z87-96). Eine besondere Eigenschaft des Dokumentationssystems, welche jedoch nur in einem einzigen Interview auftauchte, war die Möglichkeit eine Einstellung zu wählen, die nur der*dem Verfasser*in des jeweiligen Eintrags die Einsicht in diesen gewährt (vgl. T14:Z39f).

Die in der Erhebung besonders hinterfragte Lösungsmethode, ist das Führen zusätzlicher nur für die Soziale Arbeit einsehbarer Dokumentationssysteme. Diese werden in den unterschiedlichen Primärversorgungszentren von den jeweiligen Sozialarbeiter*innen individuell geführt. Dementsprechend beschreiben die befragten Personen hier sehr individuelle Dokumentationsweisen und Arten des Umgangs damit. Das hier wohl minimalistischste „Dokumentationssystem“ stellt der von einer befragten Person beschriebene handschriftliche Notizblock dar, welcher versperrt aufbewahrt wird (vgl. T11:Z53-65). Strukturiere Systeme sind nicht nur chronologisch geordnet, sondern auch in Klient*innendateien unterteilt. Wobei auch diese als unkompliziert und möglichst simpel beschrieben werden. Hierbei werden elektronische Systeme mit verschlüsseltem Zugang beschrieben (vgl. T12: Z55-57, 91-96; T112:Z32-34).

Wie auch aus der Unterforschungsfrage „Wie werden diese Informationen, die nicht für alle sichtbar dokumentiert werden, dokumentiert und welche Herausforderungen aber auch Möglichkeiten bringt eine getrennte Dokumentation mit sich?“ bestand bereits vor der

Datenerhebung das Vorwissen, wie auch Vesely beschrieben hat, dass es diese getrennten Dokumentationen gibt. Es zeigte sich jedoch, dass diese nicht nur dem Erfassen der Informationen dient, die nicht geteilt werden, sondern die Einträge hier auch stark den Zweck der rechtlichen Absicherung verfolgen und dementsprechend ausführlicher dokumentiert wird, wie im folgendem Beispiel erkennbar ist:

„[A]lso erstens mach ich das, wenn ich das Gefühl habe, es geht rechtlich um etwas eingemachtes, sozusagen mein Handeln ist wichtig, ich muss mich absichern, weil das tu ich nur beschränkt über diese laufende Dokumentation im [Name Dokumentationssystem]. Beispiel §8 Unterbringung oder ich werd' gebeten einen vermeintlich Obdachlosen auf der Straße jetzt zu konsultieren, dann schreib ich ziemlich genau auf ahm was ich da gemacht hab und besprochen hab, falls ich es brauch sozusagen, falls der möglicherweise später mit der Polizei an Konflikt hat oder doch aufgegriffen und eingeliefert wird sozusagen. Ahm ein anderer Ausnahmefall ist, wenn es ums Kindeswohl geht. [...] Ähnliches mach ich auch wenn ich in strittigen Verfahren mit Privatversicherungen bin, dann mach ich so an, a Zusatzdokumentation [...] damit die Vorgehensweisen der Behörden für die Klienten auch dokumentiert sind, wenn mas braucht. Ahm wenn dann von außen ein Auftrag kommt {...}, dann wird auch zusätzlich dokumentiert. Und alles dieses Zusätzliche des is, is in ana Word Datei“ (vgl. T112:Z13-31).

Die Möglichkeiten der getrennten Dokumentation zeigen sich darin, dass die Soziale Arbeit so ausführlich dokumentieren kann, wie sie es als notwendig ansieht ohne hierbei die Ansprüche anderer Kolleg*innen zu bedenken. Darüber hinaus bietet die nur für sich selbst zugängliche Dokumentation einen absolut sicheren Rahmen. Sorgen, dass Informationen falsch gedeutet oder verstanden werden könnten, spielen hier keine Rolle mehr.

Im Bereich der Herausforderungen im Umgang mit getrennten Dokumentationssystemen wurden in den Interviews keine offensichtlich. Da es sich hierbei um ein individuell selbstgewähltes Tool der Sozialarbeiter*innen handelt, wird demnach davon ausgegangen, dass dieses für den*diejenige möglichst unkompliziert angelegt ist. Dennoch kann nicht abgestritten werden, dass es sich hierbei um zusätzlichen Aufwand handelt, welcher von den Sozialarbeiter*innen betrieben wird.

Ein*e Sozialarbeiter*in, welche selbst keine zusätzliche Dokumentation führt, äußert sich zu der Möglichkeit getrennt zu dokumentieren wie folgt kritisch:

„Das könnte man natürlich jetzt, wir könnten darauf drängen, dass wir hier gesondert dokumentieren, aber ich glaube, dass das sozusagen dem Geist, also der Primärversorgung das dann nicht mehr entsprechen, sondern der Geist sollte einfach der sein, dass wir uns gegenseitig, wir haben alle Verschwiegenheitspflichten und der Geist sollte der sein, dass wir uns gegenseitig informieren, soweit das funktioniert und gut ist“ (T115: Z32-37).

Über diese Überlegung zum „Geist der Primärversorgung“ hinaus beschreibt diese befragte Person jedoch auch, dass sie in der Dokumentation ihre eigenen Ansprüche an erster Stelle platziert und es ihr im Laufe der Zeit nicht mehr so wichtig ist, zu hinterfragen, was die anderen Professionen bräuchten (vgl. T115:Z682-692).

Hier kann nun hinterfragt werden, in wie weit Sozialarbeiter*innen dem genannten „Geist der Primärversorgung“ (nicht) gerecht werden, wenn sie ihr Dokumentationsverhalten im gemeinsam genutzten Dokumentationssystem an die Bedürfnisse der anderen Professionen anpassen und ihre eigenen Ansprüche und Teile der in Punkt 5.2.1 beschriebenen Funktionen,

wie beispielsweise der rechtlichen Absicherung, in einer nur für sie selbst einsehbaren erweiterten Dokumentation verfolgen.

6 Resümee und Ausblick

Zur Beantwortung der Forschungsfrage „Welche Auswirkungen hat die multiprofessionelle Dokumentation auf das sozialarbeiterische Dokumentationsverhalten in Primärversorgungszentren?“ kann festgehalten werden, dass die multiprofessionelle Dokumentation, wie sie in Primärversorgungszentren stattfindet, die sozialarbeiterische Dokumentation auf unterschiedlichen Ebenen beeinflusst. Zum einen wurde deutlich, dass sich die Soziale Arbeit damit auseinandersetzt, was die anderen Professionen von der sozialarbeiterischen Arbeit wissen möchten, um eine ganzheitliche Betreuung der Patient*innen zu fördern. Dies kann Auswirkungen darauf haben in welcher Länge Sozialarbeiter*innen dokumentieren, aber auch welche Informationen zu Klient*innen erfasst werden. Eine besondere Rolle scheint hierbei der Profession der Ärzt*innen zuzukommen. Diese stellen häufig die Verbindung zwischen ihren Patient*innen und der Sozialen Arbeit her und werden somit zu Kooperationspartner*innen. Des Weiteren taucht in Bezug zu Ärzt*innen auch auf, dass diese häufig weniger Zeit zu mündlichem Austausch haben und somit die schriftliche Kommunikation bedeutsamer wird. Darüber hinaus haben die Ärzt*innen aber auch die Rolle von Vorgesetzten, was ihren Ansprüchen an die Dokumentation andere Bedeutung geben könnte.

Zum anderen wird ersichtlich, dass die Soziale Arbeit im Setting der Primärversorgung auch mit medizinisch orientierten Dokumentationssystemen konfrontiert ist, was beiderseitige Anpassung zur Folge hat. In Bezug auf diese Anpassungen ist der Individualismus der Sozialen Arbeit in Primärversorgungszentren spürbar. Jede*r hat hier individuell Lösungen gefunden, um den vielschichtigen Anforderungen an die Dokumentation gerecht zu werden. Hier ist besonders interessant, dass sich getrennte Dokumentationssysteme entwickelt haben, auf welche nur die Sozialarbeiter*innen Zugriff haben. Wie am Ende des Kapitel 5.6. dargestellt, kann hierbei hinterfragt werden, wie dies zum „Geist der Primärversorgung“ steht. Eine diesbezüglich besonders spannende Lösung scheint die genannte Möglichkeit im gemeinsamen Dokumentationssystem die Einstellung treffen zu können, etwas für die anderen nicht sichtbar zu dokumentieren. Leider wurde diese Möglichkeit nur in einem nicht von mir selbst geführten Interview angesprochen.

An dieser Stelle ist zu sagen, dass diesen Einflüssen der multiprofessionellen Dokumentation auf die individuellen sozialarbeiterischen Dokumentationen, durch die hier erfolgte Beforschung keine generelle Bewertung zugeschrieben werden möchte. Es kann nicht gesagt werden, dass die multiprofessionelle Dokumentation negative Auswirkungen auf das sozialarbeiterische Dokumentationsverhalten hat. Vielmehr scheint es zum Hinterfragen der eigenen Dokumentation zu führen, was positiv gewertet werden kann. Gleichzeitig jedoch können schon gewisse Herausforderungen wahrgenommen werden, wenn es darum geht, den sozialarbeiterischen Ansprüchen im multiprofessionellen System gerecht zu werden.

Auf den Umgang mit Dokumentation im Team, aber auch in der Klient*innenarbeit wirken letztlich nicht nur Überlegungen zur Nützlichkeit oder zum Datenschutz ein. Vielmehr handelt es sich hierbei um eine Vielzahl komplexer Einflüsse, welche den Umfang dieser Arbeit überspannen würden. So kann davon ausgegangen werden, dass die hier untersuchten Einflüsse von Überlegungen zu weiteren rechtlichen Forderungen, wie der Verschwiegenheits- und Informationspflichten, sowie weiteren praktischen und ethischen Ansprüchen erweitert werden und hier kein vollständiges Bild geboten werden kann. Darüber hinaus zeigt sich diesbezüglich die Individualität der sozialarbeiterisch relevanten Überlegungen, da wohl in jedem Fall, von den einzelnen Sozialarbeiter*innen in den individuellen Teamsituationen und mit unterschiedlichen Klient*innen, unterschiedliche Überlegungen angestellt werden.

Dennoch scheinen diesbezügliche Entscheidungen leichter getroffen werden zu können, wenn die Sozialarbeiter*innen Sicherheit verspüren. So werden vertrauensvolle Teambeziehungen und positiver Austausch im Team beschrieben, die es ermöglichen gut einschätzen zu können, in welcher Form es sinnvoll ist, die Dokumentation zu führen. Ein möglicherweise noch wichtigerer Aspekt ist die Sicherheit der Sozialarbeiter*innen, ihre eigenen Ansprüche an die Dokumentation zu kennen, um diese vertreten zu können. Des Weiteren bietet der Sozialen Arbeit aber auch die Freiheit im eigenen Tun, indem kein Legitimationsdruck besteht, Sicherheit.

Eine Thematik, welche ebenso die Forschung prägte, war der Blick auf die Klient*innenseite. Das Hinterfragen wie mit diesen zum Thema Dokumentation gesprochen wird, ist auch eng verknüpft damit, wie der Umgang mit Daten kommuniziert wird. Hierbei wurden unterschiedliche Möglichkeiten, wie schriftliche Informationen oder das Thematisieren im Erstgespräch und im Betreuungsverlauf ersichtlich. Da die Erhebung diesbezüglich lediglich auf der Seite der Sozialarbeiter*innen durchgeführt wurde, wäre hier im Hinblick auf eine mögliche weiterführende Forschung interessant, wie die Klient*innen selbst zum Thema Dokumentation stehen. Es konnte in dieser Arbeit nur aufgrund der Aussagen der Sozialarbeiter*innen vermutet werden, dass unterschiedliche Personengruppen unterschiedliches Interesse an der Dokumentation zeigen. Hierbei ebenso betrachtet werden könnte die Möglichkeit der Klient*innenpartizipation in der Dokumentation. Derzeit nehmen Klient*innen, so die Interviewpartner*innen, ihr Recht auf Einsichtnahme nicht in Anspruch und bei den Sozialarbeiter*innen in den Primärversorgungszentren herrscht Unsicherheit, wie mit diesem Recht umgegangen werden kann, falls gefordert. Möglicherweise würde die Thematisierung, Klient*innen in den Vorgang des Dokumentierens einzubeziehen, hier ganz neue Möglichkeiten sichtbar machen.

7 Reflexion des Forschungsprozesses

Die im Zuge des Studiums stattgefundenen Thematisierung der Sozialen Arbeit in der Primärversorgung weckten mein Interesse für diesen jungen Bereich der Sozialarbeit. Auch in

der Auseinandersetzung innerhalb der Projektgruppe, wurde bald ersichtlich, dass hier noch viel Bedarf an Forschung besteht. Ich habe mich persönlich bisher kaum mit dem Themen Dokumentation und Bewertung in der Sozialen Arbeit auseinandergesetzt, obwohl gerade die Dokumentation uns in jedem Bereich alltäglich begleitet. Demnach ergaben sich beim Blick hierauf viele offene Fragen, denen ich mich widmen wollte. Diese Vielfältigkeit an Fragen stellte im nächsten Schritt, mich auf eine Forschungsfrage zu fokussieren, eine gewisse Herausforderung dar. Besonders in der Anfangsphase der Forschung war hierbei das Führen eines Forschungstagebuches hilfreich, um die Ideen und Gedanken zu sammeln und zu reflektieren.

Eine weitere Besonderheit im Forschungsverlauf stellte die Koordination und Kooperation innerhalb der Projektgruppe dar. Da das zu beforschende Feld in Relation zu der Anzahl an Projektteilnehmer*innen klein ist, war hier eine besondere Form der Zusammenarbeit wichtig, um die notwendige Datenmenge sicherstellen zu können. Demnach stellte der gemeinsame Datenpool der gesamten Projektgruppe sowie das gemeinsame Führen von Interviews neue Möglichkeiten im Umgang mit erhobenen Daten dar.

Anschließend an das Erheben der Daten, welches aufgrund der Corona-Situation lediglich über Videokonferenzen und telefonisch möglich war, stellte das Transkribieren und Auswerten der Daten einen langatmigen Prozess dar, welcher jedoch im folgenden Darstellen der Ergebnisse die Grundlage für Interpretationen bot. Diese Interpretation und die daraus resultierende Darstellung der Ergebnisse ermöglichten es mir, auch meine eigenen Vorannahmen und Haltungen zur multiprofessionellen Dokumentation zu hinterfragen und zu reflektieren. Besonders sichtbar wurde für mich die Individualität im Bereich der Sozialen Arbeit in Primärversorgungszentren. Die Sozialarbeiter*innen etablierten sich in den jeweiligen Primärversorgungszentren weitgehend unabhängig voneinander, wobei Austauschmöglichkeiten, wie das Connect-Sozial Forum, welches zur Gruppendiskussion genutzt wurde, nun erste Vernetzungsmöglichkeiten bieten.

Zum Teil mit dieser Individualität verbunden, stellte ich während meiner Forschung die Vielschichtigkeit und Komplexität der von mir bearbeiteten Themen fest, welche mir im Vorhinein in dieser Form kaum bewusst war. Gerade in der Auseinandersetzung mit Einflussfaktoren auf die Soziale Arbeit, kann, wie bereits im Resümee festgehalten wurde, die sich hier ergebende Vielfalt kaum ausreichend dargestellt werden. Gerade eine Profession wie die der Sozialen Arbeit vertritt auch aus ihrer Entwicklungsgeschichte und in der Auseinandersetzung mit Bezugswissenschaften ein so vielschichtiges Professionsbild, welches im Kontext der Primärversorgungszentren wiederum auf Professionen trifft, deren Handeln ebenso von eigenen Ansprüchen und Sichtweisen geprägt ist. Die gegenseitige Bereicherung aber gegebenenfalls auch Beeinflussung ist das, was die multiprofessionelle Zusammenarbeit ausmacht und in dem auch die große Chance der neuen Primärversorgung, oder der genannte „Geist der Primärversorgung“ gesehen werden kann. Im Hinblick auf die Forschung zum Thema Dokumentation zeigt sich letztlich gut, dass es bei aller Bereicherung immer wieder auch die Reflexion und gegebenenfalls kreative Anpassungen braucht, um der eigenen Profession auch im multiprofessionellen Kontext gerecht zu werden.

Literatur

BMSGPK - Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2014): Das Team rund um den Hausarzt. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich.

BMSGPK - Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2020a): Dokumentationspflichten. <https://www.pve.gv.at/der-weg-zur-gruendung/rechtliche-aspekte/berufsrechtliche-zusatzinformationen/dokumentationspflichten/> [Zugriff am 16.02.2021].

BMSGPK - Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2020b): Details zu personenbezogenen Daten. <https://www.pve.gv.at/der-weg-zur-gruendung/vertiefende-informationen/rechtliche-aspekte/details-zu-personenbezogenen-daten/> [Zugriff am 18.02.2021].

FH St. Pölten (2019): Soziale Arbeit. Projekte. Sozialarbeiterische Handlungskonzepte im Gesundheitswesen. <https://www.fhstp.ac.at/de/studium-weiterbildung/soziales/soziale-arbeit-bachelor/projekte1/professionelle-aufsuchende-soziale-arbeit> [Zugriff: 05.03.2021].

FH St. Pölten (2020): Soziale Arbeit. Projekte. Einbindung der Sozialen Arbeit im integrativen Versorgungskonzept der Primärversorgung. <https://www.fhstp.ac.at/de/studium-weiterbildung/soziales/soziale-arbeit-bachelor/projekte1/einbindung-der-sozialen-arbeit-im-integrativen-versorgungskonzept-der-primarversorgung> [Zugriff: 05.03.2021].

FH St. Pölten (o.A.): Living Document. Grundlage für Auswahl, Steuerung und Dokumentation von Bachelorprojekten. St. Pölten. Unveröffentlicht.

Flick, Uwe (2009): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für BA-Studiengänge. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.

Froschauer, Ulrike / Lueger, Manfred (2003): Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Wien: WUV.

Geiser, Kaspar (2009): Klientenbezogene Aktenführung und Dokumentation in der Sozialarbeit. In: Brack, Ruth / Geiser, Kaspar (Hg.In): Aktenführung in der Sozialarbeit. Vorschläge für die klientenbezogene Dokumentation als Beitrag zur Qualitätssicherung. 4. Auflage. Bern: Haupt, 25-48.

Halmich, Michael (2019): Rechtsrahmen zur Primärversorgung. In: ÖGERN, (Hg.In): Primärversorgung zwischen Medizin, Pflege und Rettungsdienst. Tagungsband Nr.6/2019. Wien: Educa Verlag, 9-15.

Heckenthaler, Walter (2017): ICPC-2 – die Klassifizierung für die Primärversorgung. <https://primaerversorgung.org/2017/10/19/icpc-2-die-klassifizierung-fuer-die-primaerversorgung/> [Zugriff am 27.02.2021].

Koch, Christian (2020): Dokumentation. <https://www.socialnet.de/lexikon/Dokumentation> [Zugriff am 16.02.2021].

Lamnek, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. Weinheim: Beltz.

Mahler, Cornelia / Gutmann, Thomas / Karstens, Swen / Joos, Stefanie (2014): Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen. Definition und Gängige Praxis. In: GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung, 31 (4), 2014, Doc40. <https://www.egms.de/static/pdf/journals/zma/2014-31/zma000932.pdf> [Zugriff am 01.05.2021].

OBDS - Österreichische Berufsverband der Sozialen Arbeit (2017a): Berufsbild der Sozialarbeit. <https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2018/05/Berufsbild-Sozialarbeit-2017-06-beschlossen.pdf> [Zugriff am 16.02.2021].

OBDS - Österreichische Berufsverband der Sozialen Arbeit (2017b): Soziale Arbeit in der Primärversorgung. Informationsunterlage für Interessierte. https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2018/07/Sozialarbeit-in-PV_Argumentationsunterlage.pdf [Zugriff am 16.02.2021].

OBDS - Österreichische Berufsverband der Sozialen Arbeit (2020): Ethische Standards der Sozialen Arbeit in Österreich. Entwurf zur Vorbereitung der Generalversammlung 2020 – V3². https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2020/04/obds_Ethische_Standards_2020_Diskussionsentwurf.pdf [Zugriff am 19.02.2021].

ÖFOP - Österreichische Forum Primärversorgung (2021): FAQs. Was ist Primärversorgung. <https://primaerversorgung.org/fragen-und-antworten/?fps=Was%20ist%20Prim%C3%A4rversorgung?> [Zugriff am 02.03.2021].

Reichmann, Ute (2016): Schreiben und Dokumentieren in der Sozialen Arbeit. Struktur, Orientierung und Reflexion für die berufliche Praxis. Opladen / Berlin / Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Ventura, Ilana (2020): Primärversorgungseinheiten für Österreich. In: Soziale Sicherheit. Fachzeitschrift der österreichischen Sozialversicherung. 03/2020, 97-100. <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.735247&version=1588151861> [Zugriff am 07.03.2021].

Vesely, Flora (2020): Weitergabe von während der Anamnese der Sozialen Arbeit in Primärversorgungseinheiten gewonnen Daten. Bachelorarbeit. FH St.Pölten.

WHO – World Health Organisation (1978): Erklärung von Alma Ata. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf [Zugriff am 02.03.2021].

Wonca International Classification Committee (2008): ICPC-2 Deutsch/German. International Classification of Primary Care. Second Edition. <https://icpc.ch/wp-content/uploads/2020/02/twopager0208.pdf> [Zugriff am 17.02.2021].

Zahorka, Florian / Gierlinger, Peter (2020): Vernetzte Sozialarbeit in der Primärversorgung. In: SiO. Fachzeitschrift für Soziale Arbeit in Österreich. 04/20, 37-42.

Daten

D1, Einverständniserklärung zur Speicherung und Übermittlung von Behandlungsdaten und Befunden aus einem PVZ, bereitgestellt durch Sozialarbeiter*in, März 2021, Dokument.

ITV1, Interview geführt von Timna Langer / Katharina Twertek mit Sozialarbeiter*in, 03.02.2021, Audiodatei.

ITV2, Interview geführt von Timna Langer / Katharina Twertek mit Sozialarbeiter*in, 08.02.2021, Audiodatei.

ITV8, Interview geführt von Marianne Ullram / Ines Schnell mit Sozialarbeiter*in, 24.02.2021, Audiodatei.

ITV9, Interview geführt von Cornelia Grünwald / Marianne Ullram mit Allgemeinmediziner*in, 01.03.2021, Audiodatei.

ITV10, Gruppendiskussion geführt von Christian Hamberger / Timna Langer / Katharina Twertek mit Sozialarbeiter*innen, 15.02.2021, Audiodatei.

ITV11, Interview geführt von Cornelia Grünwald mit Allgemeinmediziner*in, 02.03.2021, Audiodatei.

ITV12, Interview geführt von Timna Langer / Katharina Twertek mit Sozialarbeiter*in, 22.02.2021, Audiodatei.

ITV15, Interview geführt von Katrin Haslinger / Stephanie Schmid mit Sozialarbeiter*in und Allgemeinmediziner*in, 09.03.2021, Audiodatei.

TI1, Transkript des ITV1, erstellt von Timna Langer / Katharina Twertek, Februar 2021, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI2, Transkript des ITV2, erstellt von Timna Langer / Katharina Twertek, Februar 2021, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI8, Transkript des ITV8, erstellt von Marianne Ullram / Ines Schnell, März 2021, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI9, Transkript des ITV9, erstellt von Cornelia Grünwald / Marianne Ullram, März 2021, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI10, Transkript des ITV10, erstellt von Christian Hamberger / Timna Langer / Katharina Twertek, März 2021, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI11, Transkript des ITV11, erstellt von Cornelia Grünwald, März 2021, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI12, Transkript des ITV12, erstellt von Timna Langer / Katharina Twertek, März 2021, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI15, Transkript des ITV15, erstellt von Katrin Haslinger / Stephanie Schmid, März 2021, Zeilen durchgehend nummeriert.

Abkürzungen

BMSGPK:	Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
B-VG:	Bundes-Verfassungsgesetz
ELGA:	Elektronische Gesundheitsakte
FH:	Fachhochschule
G-ZG:	Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz
ICD 10:	International Statistical Classification of Diseases an Related Health Problems; 10. Ausgabe
ICPC2:	International Classification of Primary Care; 2 .Ausgabe
OA:	Ordinationsassistent*in
OBDS:	Österreichische Berufsverband der Sozialen Arbeit
ÖFOP:	Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen
PrimVG:	Primärversorgungsgesetz
PVE:	Primärversorgungseinheit
PVN:	Primärversorgungsnetzwerk
PVZ:	Primärversorgungszentrum
WHO:	Weltgesundheitsorganisation

Anhang

Interviewleitfaden für Interviews mit Sozialarbeiterinnen

Einstieg: Begrüßung; Aufklärung Datenschutz; Strukturierung bzgl. Ich beginne, anschließend stellt Kollegin Fragen,

Ablauf: Fett gedruckte Fragen sind die „Leitfragen“, je nach Ausgiebigkeit der Antworten die Unterfragen stellen

1. Wie ist Ihre Dokumentation in der Primärversorgung ungefähr aufgebaut?

- Wozu dient Ihnen die Dokumentation?
- Wer hat in Ihre Dokumentation Einsicht?

2. Welche Überlegungen spielen eine Rolle, wenn Sie für alle anderen Professionen sichtbar dokumentieren?

Und welche Überlegungen spielen eine Rolle wenn Sie entscheiden Dinge nur für sich zu dokumentieren?

- Gibt es Situationen, in denen Sie gezielt Informationen zu Patient*innen nicht in der Dokumentation, die für alle Professionen einzusehen sind, festhalten? Wann kommt das vor/welche sind das?
- Welche konkreten Inhalte würden Sie grundsätzlich nicht für alle zugänglich dokumentieren?
- Welche Gründe gibt es für Sie, etwas nicht für alle zugänglich zu dokumentieren?

3. Wie dokumentieren Sie Inhalte, in die nicht alle einsehen sollen oder die nicht für alle Relevant sind?

- Wie entstand, wenn vorhanden, das geteilte Dokumentationssystem, gibt es für dieses Vorgaben oder ist es frei gewählt?
- Wenn freigewählt: Wie haben Sie das gewählt? (handschriftlich/digital warum?)
- Welche Auswirkungen hat ein geteiltes Dokumentationssystem auf ihr Dokumentationsverhalten? (Möglichkeiten und Herausforderungen?)

→Würden Sie sich diesbezüglich eine andere Möglichkeit wünschen? / Was könnte verbessert werden?

4. Gibt es Professionen im PVZ die mehr über Ihren sozialarbeiterischen Betreuungsprozess der Patient*innen wissen müssen als andere?

Wenn ja:

- Gibt es die Möglichkeit im Dokusystem auszuwählen wer in die Doku einsehen darf?
- Wie tauschen sie über das Dokumentationssystem hinausgehend Informationen mit anderen Professionen aus?

5. Welche Auswirkungen auf die Zusammenarbeit im Team hat es, wenn nicht alle Informationen zu Patient*innen geteilt werden?

6. Wie wird mit Patient*innen zum Thema Dokumentation gesprochen?

- Wie machen Sie es Patient*innen transparent, dass sie dokumentieren?
- Wie kommunizieren Sie den Patient*innen gegenüber, dass auch andere Berufsgruppen auf die Dokumentation Zugriff haben?
- Wie gehen Patient*innen damit um?
- Inwieweit sehen Sie es als notwendig, dass Patient*innen wissen, was über sie dokumentiert wird?
- In wieweit ist es im Arbeitsalltag möglich die Arbeitsdokumentation Patient*innen transparent zu machen?
- Welche Berufsgruppen thematisieren die Dokumentation in ihrer Arbeit mit den Patient*innen?

Wenn nein:

- Warum wird mit Patient*innen nicht über die Dokumentation gesprochen?
- Wann würden Sie es als notwendig sehen, mit Patient*innen über Dokumentation zu sprechen?
- Können Patient*innen in die sie betreffende Dokumentation einsehen?
- Besteht hierfür in der Praxis Bedarf? Gab es schon einmal Patient*innen die dies wollten und wie wird damit umgegangen?

Einstieg Gruppendiskussion

- Forschungsthema kurz erläutern
- Einerseits ist der Austausch im Team wichtig, andererseits bietet die Soziale Arbeit auch eine Art Schutzraum/Sicheren Raum für die Klient*innen. Das kann ja auch bedeuten Persönliches der Klient*innen nicht zum Beispiel mit den Ärzt*innen zu teilen.
- Erfahrungen und Meinungen dazu?

Auszug eines Interviews (Transkript Interview 1)

KT: Mhm. Ahm. Sie haben jetzt beschrieben, Sie dokumentieren recht ausführlich aber manche Sachen eben doch nicht. Ahm Würden Sie sagen, es hat irgendwelche Auswirkungen auf die Zusammenarbeit im Team, wenn nicht alle Informationen zu Patient*innen geteilt werden?

125 I: Also in unserem Team glaub i ned, weil wir eigentlich ganz viel miteinander reden. Das heißt wenn irgendwer eine Frage hat kommt er eh zu mir und sagt ah fragt nach „Was war mit dem los“ oder „was ist passiert“ und mündlich kann ich immer wieder mal was kundtun wo ich mir denk das hat Relevanz. Aber ansonsten hab i ned des Gefühl dass jetzt groß irgendwie eine Verheimlichungstechnik oder irgendwas dahintersteht. Also wie gesagt „Entlastungsgespräch“
130 das reicht meinen Kolleginnen meist, dass i sag aufgrund blablabla. Ahm also na. Na hobi ned das Gefühl, dass da so ein großes . . Minus, Differenz, weiß ich jetzt ned wie ich sagen soll (lacht), besteht. Ja. (lacht)

KT: Ok (lacht) danke ja dann komm i eigentlich schon zu meiner letzten großen Frage und zwar wie wird mit Patient*innen bei Ihnen zum Thema Dokumentation gesprochen?

135 I: Also die wissen natürlich, weil Ärztinnen den PC vorne haben und wir alle den PC vorne haben also die wissen natürlich, dass wir dokumentieren und i bin do recht transparent also i schau dann oft mit dem Klienten selbst, also, die sehen zwar nicht direkt auf meinen PC aus datenschutzgründen, aber er steht so, dass man sehen könnte, dass die Kartei offen ist weil der eigentlich, also wenn der PC so ist, sitzen wir so ein bissl entfernt quasi (stellte mit Händen
140 nach)

KT: Mhm

I: so quer und i sag dann auch ganz oft „Mei jetzt schau i nach was ma das letzte Mal gmacht haben in der Dokumentation“ und dass die auch wissen i dokumentier jedes Gespräch was ma gemacht haben. Immer weiß i a ned ob sie mir schon irgendwann an Zettel oder wos a
145 immer gebracht haben und dann sag i „Ma dann schau ma glei nach, ob i das schon eingescannt hab in ihrer Kartei“ also die wissen ganz klar, dass Dinge dokumentiert werden. Mhm.

KT: Ahm

I: Das ist ja auch kein so ein riesen Thema das ist ja (lacht).

150 KT: Ok. Aber in einem Erstgespräch ist da Thema, dass dokumentiert wird, oder ist das ahh stillschweigende Vereinbarung, weil man eh weiß, dass in einer Arztpraxis dokumentiert wird?

Auszug einer Auswertung (Interview 3)

Zeile	Paraphrase	Textrahmen/Intention	Lebensweltlicher Kontext	Interaktionseffekte	Systemeffekte	Memo/Schlagwort
1-11	Auf die Frage, wie die Doku des Befragten aufgebaut sei, antwortet dieser damit, dass die Doku aus zwei Teilen bestehe und geht zu Beginn auf den größeren (90%) ein. Dieser ist die Doku in einem System, dass von der gesamten Einrichtung verwendet wird und in welchem von allen kurz der Verlauf festgehalten wird. Dies dient laut dem Befragten dazu, dass alle anderen Professionen sehen was mit den Patient*innen wo gemacht wurde und beschränkt sich auf das Wesentlichste.	<ul style="list-style-type: none"> - Beantwortet die Frage, - möchte auch bereits hier ersichtlich machen wozu er die Doku als dienlich empfindet, - spricht auch Länge der Doku an 	<ul style="list-style-type: none"> - Arbeitet mit anderen Sozial- bzw. Gesundheitsberufen in einem Team – sieht hier die Notwendigkeit den anderen aufzuzeigen, was er tut, - Die gemeinsame Doku ist in der Einrichtung anerkannt 	<ul style="list-style-type: none"> - verfasst die geforderte Doku - hält sich hierbei kurz - kategorisiert in „Wesentlich“ 	<ul style="list-style-type: none"> - Innerhalb der Organisation wird die Doku anerkannt - Die Dokus der anderen Professionen werden gegenseitig gelesen - Generell wird der Austausch von den Professionen innerhalb der PV gefordert (von Gesetz) und akzeptiert (von Patient*innen) 	-90 % der Doku ist Kurzer Verlauf im für alle einsehbarer System
11-32	Nennt zusätzliche Doku in Ausnahmefällen (10%) und die Gründe hierfür: „Rechtlich Eingemachtes“;	<ul style="list-style-type: none"> - Sieht vor allem die Inhalte was zusätzlich dokumentiert wird 	<ul style="list-style-type: none"> - Stellt manchmal zusätzliche Ansprüche an die Doku, 	<ul style="list-style-type: none"> - Folgt dem Gefühl über die herkömmliche Doku hinaus 	<ul style="list-style-type: none"> - Nicht alles der SA-Doku steht dem gesamten Team zur Verfügung 	10% extra Doku wird in gewissen Fällen gemacht

	<p>Kindeswohl-Zusammenarbeit mit Jugendamt; Verfahren mit Privatversicherungen; externe Zuweisungen bsp. Stadtrat;</p>	<p>für mich als wichtig an</p>	<p>welche die „herkömmliche Doku“ nicht bietet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zusätzliche Doku als etwas besonderes - Anspruch auf rechtliche Absicherung, genauere Beschreibung, „Fehler im System“ festhalten, als zusätzliche Leistung für KI 	<p>etwas zu brauchen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unterscheidet gewisse Fälle in denen die zusätzliche Doku notwendig ist - Handelt hier „selbstständig“ von den anderen Professionen abgegrenzt 	<ul style="list-style-type: none"> - Besonders in Fällen, die der SA als heikel einstuft könnte sein Handeln besser nachvollzogen werden - Nicht alles seiner Doku ist wichtig für die anderen Professionen 	
--	--	--------------------------------	--	--	---	--

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Katharina Twertek**, geboren am **29.10.1998** in **Amstetten**, 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,

Allhartsberg, am **12.05.2021**

A handwritten signature in blue ink that reads "Katharina Twertek". The signature is written in a cursive style with a large initial 'K'.

Katharina Twertek