

Soziale Arbeit in Primärversorgungszentren

Reflexion der Handlungskompetenzen am Beispiel Oberösterreich

Ramona Wagner, 1810406036

Bachelorarbeit 2

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

Datum: 03.05.2021

Version: 1

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

Abstract

Die vorliegende Forschungsarbeit befasst sich mit den Handlungskompetenzen Sozialer Arbeit, die in Primärversorgungszentren zum Einsatz kommen. Zudem liegt der Fokus auf der Reflexion und Dokumentation der Interventionen. Hierbei werden ländlich und städtisch angesiedelte Primärversorgungszentren an oberösterreichischen Standorten verglichen. Um diese zu erfassen, wurde mittels qualitativer Forschungsmethoden gearbeitet. Anhand von leitfadengestützten Interviews und der Auswertungsmethode der Systemanalyse konnte festgestellt werden, dass sich die Reflexion von Betreuungsprozessen, je nach Intervention unterschiedlich gestaltet. Im Hinblick auf die Dokumentation wurde ersichtlich, dass Leistungen laufend praxisorientiert erweitert und deren Inhalte differenziert hinsichtlich der für das multiprofessionelle Team relevanten Themen betrachtet werden.

This research work delves into the expertise of social work and which skills are used specifically in primary healthcare centers. Furthermore, the focus lies on reflecting and documenting interventions. Within the work, primary healthcare centers in rural and urban locations in Upper Austria were compared. To map these out, the data was collected via interviews. This work is an empirical social research and uses the qualitative survey method of system analysis. Results show that the reflection of support services depends on the kind of intervention that was set. Results concerning the process of documenting show that services are developing continuously and are adapted based on field experience. It's contents are viewed differently depending on the relevance for other professions within the multiprofessional team.

Inhalt

| | | |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1 | Einleitung | 5 |
| 2 | Allgemeines – Projektdarstellung | 6 |
| 2.1 | Projektbeschreibung SA@PV | 6 |
| 2.2 | Datenpool | 6 |
| 3 | Begriffsdefinition | 7 |
| 3.1 | Definition von Primärversorgung | 7 |
| 3.2 | Differenzierung des Begriffs Primärversorgungseinheit (PVE) | 8 |
| 3.3 | Soziale Arbeit in der Primärversorgung | 9 |
| 3.4 | Primärversorgungseinheiten in Oberösterreich..... | 10 |
| 3.5 | Definition von städtischem und ländlichem Raum..... | 11 |
| 4 | Forschungsinteresse | 12 |
| 4.1 | Relevanz des Themas | 12 |
| 4.2 | Vorannahmen | 13 |
| 4.3 | Forschungsfragen..... | 13 |
| 5 | Rahmenbedingungen | 15 |
| 5.1 | Zugang zum Feld..... | 15 |
| 5.2 | Erhebungsmethode und Auswertung | 16 |
| 5.2.1 | Forschungsdesign – Qualitative Forschung | 16 |
| 5.2.2 | Auswertungsmethode – Systemanalyse | 16 |
| 5.3 | Interviewführung | 16 |
| 5.3.1 | Sampling..... | 17 |
| 5.3.2 | Leitfadeninterview..... | 18 |
| 5.3.3 | Setting..... | 19 |
| 6 | Forschungsergebnisse | 20 |
| 6.1 | Handlungskompetenzen Sozialer Arbeit | 20 |
| 6.2 | Interventionen Allgemein | 21 |
| 6.3 | Vergleich der sozialarbeiterischen Aufgaben im städtischen und ländlichen Raum..... | 23 |
| 6.3.1 | Interventionen im städtischen Raum | 23 |
| 6.3.2 | Interventionen im ländlichen Raum | 25 |
| 6.4 | Dokumentation und Reflexion der Betreuungsprozesse..... | 26 |
| 7 | Resümee und Ausblick | 33 |
| 7.1 | Beantwortung der Forschungsfragen | 33 |
| 7.2 | Reflexion des Forschungsprozesses | 35 |
| 7.3 | Ausblick | 36 |
| | Literatur | 37 |

| | |
|----------------------------------------|-----------|
| Daten | 39 |
| Abkürzungen | 39 |
| Anhang..... | I |
| Eidesstattliche Erklärung | V |

1 Einleitung

Im Rahmen dieser Forschungsarbeit werden mittels der qualitativen Sozialforschung Erkenntnisse gesammelt zu Handlungskompetenzen sozialer Arbeit in Primärversorgungszentren in Oberösterreich. Ein besonderer Fokus liegt hierbei auch auf der Reflexion und Dokumentation der Techniken Sozialer Arbeit, sowie auch einem Vergleich zwischen Primärversorgungszentren im städtischen sowie ländlichen Raum.

Das Interesse für diesen speziellen Fokus entstand aufgrund eines persönlichen Bezugs zu Oberösterreich, sowie einem professionellen Interesse aus Sicht der Sozialen Arbeit. Soziale Arbeit in Primärversorgungszentren zählt zum erweiterten Team und ist auch bereits Bestandteil in etwa 60% (Stand April 2021) aller österreichischen Primärversorgungseinheiten (vgl. BMSGPK 2019).

Die vorliegende Arbeit ist in mehrere Kapitel aufgeteilt. Zu Beginn steht eine Übersicht über das gesamte Forschungsprojekt. Dieses Kapitel enthält auch mehrere Passagen, welche in Kooperation mit der gesamten Projektgruppe verfasst wurden. Entsprechende Stellen sind mittels einer Fußnote gekennzeichnet.

Weiters werden in der Begriffsdefinition die wichtigsten Bezeichnungen näher erläutert, um so auch den entsprechenden Kontext verorten zu können. Im Forschungsinteresse werden die Relevanz des Themas, sowie auch die Forschungsfragen behandelt, welche die Grundlagen für die Rahmenbedingungen im darauffolgenden Kapitel darstellen. Hier wird auf die Erhebungs- und Auswertungsmethoden der Daten eingegangen, sowie auf den Prozess der Interviewführung. Den wesentlichsten Teil der Arbeit bildet das Kapitel Forschungsergebnisse. Im Zuge dessen werden die Ergebnisse aus den Interviews aufbereitet, deren Aussagen verglichen, dargelegt und interpretiert.

Den Abschluss bildet das Resümee mit einer Zusammenfassung der Ergebnisse und der Beantwortung der Forschungsfragen. Der Forschungsprozess wird hier noch kurz reflektiert, bevor der Ausblick auf das Handlungsfeld die Arbeit beendet. Im Anhang befinden sich Beispiele der Erhebungs- und Auswertungsmethoden.

2 Allgemeines – Projektdarstellung

2.1 Projektbeschreibung SA@PV

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: o.A.; FH St. Pölten 2020: o.A.).

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.

¹

2.2 Datenpool

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 weitestgehend als Bereicherung erlebt, da der Forschungsprozess um mehrere Perspektiven erweitert wurde und diese sich wechselseitig konstruktiv beeinflussten. Daraus folgend konnten vielfältige Ergebnisse erzielt werden.²

¹ Dieser Absatz wurde gemeinsam von den Studierenden der Projektgruppe verfasst

² Dieser Absatz wurde gemeinsam von den Studierenden der Projektgruppe verfasst

3 Begriffsdefinition

3.1 Definition von Primärversorgung

Unter Primary Health Care, zu deutsch Primärversorgung, ist ein wesentlicher Bestandteil der Gesundheitsversorgung zu verstehen. Hierbei handelt es sich um die erste Anlaufstelle von Personen, die an das Gesundheitssystem herantreten und stellt den ersten Schritt für weitere Versorgungsprozesse dar.

Das Österreichische Forum Primärversorgung (ÖFOP) nimmt bei der Begriffsdefinition der Primärversorgung, 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).

Primärversorgung umfasst Maßnahmen, die:

- gesundheitsfördernd
- präventiv
- kurativ
- palliativ
- pflegerisch
- rehabilitativ sind.

Dies schließt nicht nur die Behandlung durch Ärzt*innen ein, sondern auch eine Bandbreite von mehreren weiteren Professionen (vgl. Österreichisches Forum Primärversorgung 2017a).

Der Grundgedanke ist, die erste Stufe einer niederschweligen, umfassenden und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung möglichst wohnort- und auch 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 darstellt (vgl. Ventura 2020:97).³

³ Dieser Absatz wurde gemeinsam von den Studierenden der Projektgruppe 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 den 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. Ergänzt wird dieses Kernteam 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. Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2014: 14f).⁴

3.2 Differenzierung des Begriffs Primärversorgungseinheit (PVE)

Die Bezeichnung Primärversorgungseinheit (PVE) meint als Überbegriff sowohl Primärversorgungszentren (PVZ), in welchen die Betreuung der Patient*innen durch alle vertretenen Professionen innerhalb eines Standortes stattfindet, als auch die Primärversorgungsnetzwerke (PVN), die eine Kooperation zwischen unterschiedlichen Praxen darstellt (vgl. Ventura 2020:97).

Ob die Primärversorgung schlussendlich in Form eines Zentrums mit allen Professionen unter einem Dach, oder als Netzwerk umgesetzt wird, hängt, wie bereits erwähnt, auch von den regionalen Gegebenheiten ab. Primärversorgungszentren sind beispielsweise in größeren Orten sinnvoll. Für dünn besiedelte Gebiete mit vielen kleineren Gemeinden eignen sich eher Netzwerke, um mehr Raum abzudecken und gleichzeitig eine wohnortnahe Versorgung gewährleisten zu können. Grundsätzlich gelten für Primärversorgungsnetzwerke die gleichen Kriterien wie für Zentren, lediglich mit dem Unterschied, dass die Zusammenarbeit über mehrere Standorte hinweg erfolgt (vgl. Österreichisches Forum Primärversorgung 2019).

Diese Arbeit legt den Fokus speziell auf Handlungskompetenzen Sozialer Arbeit innerhalb von Primärversorgungszentren (PVZ). Hierbei wird erforscht, welche Interventionen besonders häufig gesetzt werden und welche Techniken und Methoden Sozialer Arbeit zum Einsatz kommen. Grund dafür ist, dass auch die multiprofessionelle Zusammenarbeit beziehungsweise Dokumentation betrachtet wird und wie eng oder auch nicht sich diese gestaltet, wenn mehrere Professionen an einem Ort agieren.

⁴ Dieser Absatz wurde gemeinsam von den Studierenden der Projektgruppe verfasst

Multiprofessionelles Handeln definiert hierbei das Arbeiten der Berufe neben- und weitgehend unabhängig voneinander, welches auch von den Interviewpartner*innen als solches bezeichnet wurde.

Zudem dient diese Eingrenzung dazu, den Rahmen der Forschungsarbeit nicht zu sprengen.

3.3 Soziale Arbeit in der Primärversorgung⁵

Auch die Soziale Arbeit ist hier im Gesundheitsbereich im erweiterten Team vertreten, beziehungsweise kann vertreten sein, da nicht in allen Primärversorgungseinrichtungen aktuell auch Sozialarbeiter*innen angestellt sind. Dennoch kann aus den vergangenen Jahren Bilanz gezogen werden. Die Reflexion der Praxis aus den ersten Jahren sehe ich als wesentlichen Bestandteil für den künftigen Einsatz von Sozialarbeit in diesem Handlungsfeld.

„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.:4).

⁵ Dieses Unterkapitel wurde gemeinsam von den Studierenden der Projektgruppe verfasst

3.4 Primärversorgungseinheiten in Oberösterreich

Oberösterreich ist aufgeteilt in sechs Versorgungsregionen:

- Zentralraum Linz
- Zentralraum Wels
- Mühlviertel
- Pyhrn-Eisenwurzen
- Salzkammergut
- Innviertel

Neue Standorte für Primärversorgungseinheiten werden nach bestimmten Kriterien ausgewählt, hierzu zählen etwa die Einwohnerzahl in der jeweiligen Versorgungsregion (Richtwerte dafür sind 6.000 Einwohner pro Primärversorgungseinheit bzw. die Nähe zu Krankenhäusern, um diese zu entlasten). Ob an einem bestimmten Standort tatsächlich eine Primärversorgungseinheit errichtet werden kann, hängt mitunter davon ab, ob sich ausreichend Allgemeinmediziner*innen zusammenschließen und auch von der Bereitschaft der anderen Berufsgruppen (z.B. Soziale Arbeit), hier tätig zu werden (vgl. Österreichisches Forum Primärversorgung 2019).

In Oberösterreich gibt es mit Stand März 2021 vier Primärversorgungszentren:

- Enns (in Betrieb seit Jänner 2017)
- Haslach (in Betrieb seit Jänner 2018)
- Marchtrenk (in Betrieb seit Oktober 2017)
- Linz (in Betrieb seit Oktober 2020)

Mit Stand März 2021 ist Soziale Arbeit, außer in Marchtrenk, in drei Primärversorgungszentren vertreten. Ebenjenes wurde im Rahmen dieser Arbeit daher nicht erforscht. Aus den Einrichtungen, in denen es Soziale Arbeit gibt, wurden mit dort derzeit oder in der Vergangenheit tätigen Sozialarbeiter*innen Interviews geführt.

Zudem gibt es in Sierning-Neuzeug (in Betrieb seit Juli 2018) auch ein Primärversorgungsnetzwerk, dieses besteht aus drei Standorten (vgl. Österreichisches Forum Primärversorgung 2018).

Während des Verfassens dieser Arbeit wurde ich zudem auf die Öffnung eines weiteren Primärversorgungsnetzwerkes in Ried im Innkreis/Neuhofen aufmerksam, welches mit 12. April 2021 in Betrieb geht. Das Kernteam besteht aus vier Allgemeinmediziner*innen, von denen drei am Standort in Ried im Innkreis tätig sind, sowie einer Ordination im etwa vier Kilometer entfernten Neuhofen. Mit diesem Schritt wird nun auch Primärversorgung in der Region Innviertel angeboten (vgl. Österreichische Gesundheitskasse 2021).

3.5 Definition von städtischem und ländlichem Raum

Wird in dieser Arbeit von städtisch angesiedelten Primärversorgungszentren gesprochen, schließt dies all jene ein, welche in Städten mit über 10.000 Einwohner*innen angesiedelt sind. Dementsprechend würden die Primärversorgungszentren Enns (ca. 10.000 Einwohner*innen) und Linz in den städtischen Raum fallen und das PVZ Haslach (ca. 5000 Einwohner*innen) in den ländlichen Raum. Der Einzugsbereich der Patient*innen, welche die jeweiligen Primärversorgungszentren aufsuchen, weicht natürlich von der tatsächlichen Größe und Einwohner*innenanzahl des Standortes ab, dient aber für diese Arbeit als grobes Klassifizierungsmerkmal. Zudem ist auch der Faktor entscheidend, wie lange das Primärversorgungszentrum bereits in Betrieb ist, da man davon ausgehen kann, dass die Patient*innenanzahl zu Beginn geringer ausfällt und von der Bevölkerung erst im weiteren Verlauf vermehrt genutzt wird.

4 Forschungsinteresse

4.1 Relevanz des Themas

Bereits zu Beginn des Studiums wurde uns Soziale Arbeit als Beruf mit Handlungskompetenzen auch im Gesundheitswesen nahegebracht. Was mir zunächst noch nicht verständlich erschien, wurde jedoch sehr schnell ersichtlich.

Schon Alice Salomon, Ilse Arlt, Jane Addams etc., welche als Pionierinnen die Soziale Arbeit grundlegend prägten, erkannten bereits in den frühen 1920er Jahren Zusammenhänge der damaligen ‚Wohlfahrtspflege‘ und ihren gesundheitlichen Aspekten, sowie auch deren Auswirkungen und Folgen auf die Wirtschaft (vgl. Arlt 2010:66f).

Soziale Arbeit und die damit verbundenen Handlungsmöglichkeiten haben im Gesundheitswesen und speziell in der Primärversorgung großes Potenzial. Aufgrund der Bandbreite der Profession liegen viele Handlungsfelder in den Bereichen Prävention und direkter Unterstützung. Neben der Unterstützung von Patient*innen im Hinblick auf materielle Grundsicherung, sowie der Stärkung und Begleitung in Krisensituationen, ist auch die Unterstützung bei Hilfe zur Selbsthilfe ein wesentlicher Faktor, der von Sozialarbeit geleistet werden kann.

Soziale Arbeit vereint viele interdisziplinäre Kompetenzen. Diese können in der Praxis im Bereich der Primärversorgung und insbesondere in multiprofessionellen Teams neue Handlungsmöglichkeiten aufzeigen. Ein stetiger Ausbau von Primärversorgungseinrichtungen ist geplant, hier findet sich also ein noch relativ neues und wachsendes Handlungsfeld vor, in dem auch Sozialarbeiter*innen ein fester Bestandteil sein können und sollen.

Im Rahmen dieses Forschungsprojektes und insbesondere dieser Arbeit, möchte ich bisherige Handlungsprozesse reflektieren und evaluieren, wie die Techniken der Sozialarbeit im Gesundheitsbereich in der Primärversorgung eingesetzt werden. Da Soziale Arbeit sich auch an der Lebenswelt der Klient*innen orientiert, bietet die wohnortnahe Versorgung eines Primärversorgungszentrum großes Potenzial für die Handlungskompetenzen in den Betreuungsprozessen.

Mit dieser Forschungsarbeit soll ein Beitrag zur Weiterentwicklung von Handlungskompetenzen erbracht werden, die einen Überblick für künftige Sozialarbeiter*innen in Primärversorgungseinheiten bieten kann.

Hierbei sollen besonders die bisherigen Erfahrungen aus der Praxis erfragt werden und welche Handlungskompetenzen von Sozialarbeiter*innen gefordert wurden. Weiters wird reflektiert, welche sich als besonders hilfreich im Setting erwiesen haben und wie dies auch noch weiterentwickelt werden könnte. Die Gestaltung des Reflexions- und Dokumentationsprozesses wird ebenso thematisiert.

4.2 Vorannahmen

Bereits im Vorfeld dieser Arbeit und der dazugehörigen Vorbereitung entstanden bei mir zum Thema Primärversorgung Vorannahmen, jedoch möchte ich mich von diesen nicht leiten lassen, sondern aus distanzierter Sicht in die Forschung gehen. Weiters ist es nicht Ziel, meine Vorannahmen auf ihre Richtigkeit zu überprüfen, da es sich hierbei um eine qualitative Forschungsarbeit handelt.

Dennoch möchte ich anführen, dass ich das Thema Primärversorgung, aus eigenem Interesse und einer mehr oder weniger starken Betroffenheit, mit dem Fokus auf dem Bundesland Oberösterreich betrachtet habe. Als Innviertlerin stellte ich fest, dass die Verteilung der bisherigen Primärversorgungseinheiten (Stand März 2021) nicht nur nicht in allen sechs Versorgungsregionen gegeben war, sondern auch, dass sich diese scheinbar nur auf den Osten des Bundeslandes beschränken.

Zudem bemerkte ich, dass wenn in meiner Region Primärversorgung thematisiert wird, dies meist nur die Allgemeinmedizin und Gruppenpraxen meint. Dies geht auch mit dem drohenden Ärzt*innenmangel einher und der Tatsache, dass nicht alle Hausarztordinationen nachbesetzt werden. Soziale Arbeit scheint in ländlichen Regionen zumindest im Kontext der Gesundheitsberufe nicht aufzuscheinen und auch nur wenigen bewusst sein, dass die Profession ebenso Teil einer Primärversorgungseinheit sein kann.

Eine weitere meiner Vorannahmen beruht im Hinblick auf das Team im Primärversorgungszentrum darauf, dass ein klarer Einblick in den Handlungsumfang der Profession weitere fallbeteiligte Helfer*innen dazu anregen könnte, Patient*innen eher an die Sozialarbeit zu verweisen, sofern deren Handlungskompetenzen im Setting der Primärversorgung klar dokumentiert sind. Ist ein guter Überblick gegeben, welche Aufgaben in diesem Fall die Soziale Arbeit erfüllt oder erfüllen kann, so wird auch an diese weitervermittelt, wenn es die eigenen Aufgabenbereiche überschreitet - idealerweise dann auch zeitnah.

4.3 Forschungsfragen

Grundsätzlich möchte ich erheben, wie die soziale Arbeit im Gesundheitsbereich agiert, mit einem speziellen Fokus auf den Tätigkeiten in einem Primärversorgungszentrum. Diese Erkenntnisse sollen im Rahmen der Forschungsarbeit dazu genutzt werden, eine Übersicht über die Möglichkeiten und des Potentials der Sozialarbeit in diesem Bereich zu erstellen. Im Idealfall lassen sich daraus auch Handlungsanleitungen für künftige Sozialarbeiter*innen in diesem Bereich ableiten. Da in näherer Zukunft noch weitere Primärversorgungseinrichtungen geplant sind und sich das beforschte Feld somit noch zu einem größeren Einsatzbereich für Soziale Arbeit weiterentwickeln wird, bedarf es weiterer Forschung in diesem Kontext. Es ist anzunehmen, dass sich in den vergangenen Jahren seit Inbetriebnahme mehrerer Primärversorgungszentren, auch aufgrund der multiprofessionellen Zusammenarbeit, sozialarbeiterische Handlungsabläufe adaptiert und dem Feld entsprechend angepasst oder weiterentwickelt haben. Diese Veränderungen und Potentiale zur Weiterentwicklung und Weitergabe von Gestaltungsmöglichkeiten der Handlungskompetenzen Sozialer Arbeit an

andere Primärversorgungseinrichtungen sollen in dieser Arbeit aufgefasst und dokumentiert werden.

Das Thema soll mittels folgender Fragen aufbereitet werden:

HAUPTFORSCHUNGSFRAGE:

Welche Techniken und Handlungskompetenzen der Sozialen Arbeit kommen in Primärversorgungseinrichtungen in Oberösterreich überwiegend zum Einsatz?

SUBFORSCHUNGSFRAGEN:

Wie werden sozialarbeiterische Handlungsprozesse in der Praxis evaluiert und dokumentiert?

Welche Unterschiede gibt es bei sozialarbeiterischen Handlungsprozessen zwischen städtischen und ländlichen Primärversorgungseinheiten?

Wo liegen die Grenzen Sozialer Arbeit in der Primärversorgung?

5 Rahmenbedingungen

In diesem Kapitel werden die Rahmenbedingungen erläutert, in welchen die vorliegende Arbeit verfasst wurde. Zu Beginn steht allgemein mein Zugang zum Feld. In den weiteren Unterkapiteln beschreibe ich die Methode, welche ich für die Erhebung meiner Daten gewählt habe und daran anschließend auch die Form der Auswertung der dadurch erfassten Daten. Auch auf die im Rahmen dieses Forschungsprojektes besondere Situation der gemeinsamen Datenerhebung wird in diesem Kapitel eingegangen.

„Die Beschäftigung mit dem Weg ins Feld dient nicht nur methodologischen oder forschungspragmatischen Zwecken. Sie eröffnet darüber hinaus auch Einblicke in Strukturen und Abläufe der Forschung [...] und in das untersuchte Handlungsfeld. Die oft beklagten und als lästig empfundenen Anläufe, Umwege und Holzwege, ja selbst die üblicherweise sorgsam verschwiegenen gescheiterten Zugangsversuche avancieren dann zu ‚kritischen Ereignissen‘, deren Analyse eigene Erkenntnismöglichkeiten eröffnet.“ (Wolff 2000:336)

Durch die Corona⁶ Pandemie⁷, die seit März 2020 auch Österreich stark betroffen hat, wurden die Rahmenbedingungen in einigen Punkten maßgeblich beeinflusst, worauf ich ebenfalls eingehen werde. Da seitens der Bundesregierung zahlreiche Maßnahmen zur Einschränkung von Sozialkontakten bestehen, bedeutete dies eine Umstrukturierung sowohl für mich in den Methoden der Interviewführung als auch fallweise in der Erreichbarkeit und Bereitschaft der geplanten Interviewpartner*innen. Im Wesentlichen einigte man sich bereits im Vorfeld auf rein virtuelle Treffen mittels der Plattform Zoom. Dies ist mitunter auch jenem Umstand geschuldet, dass alle zu befragenden Personen im Gesundheitsbereich bzw. Gesundheitseinrichtungen tätig sind und der Zugang dazu strengen Maßnahmen unterliegt.

5.1 Zugang zum Feld

Der Zugang zum Forschungsfeld wurde bereits sehr früh im Prozess hergestellt. Zum einen besteht dieser aufgrund der ebenfalls im Handlungsfeld tätigen Projektleitung, zum anderen auch durch bereits bestehende Interviewkontakte durch ehemalige Lehrbeauftragte, welche Sozialarbeiter*innen in Primärversorgungszentren sind oder in der Vergangenheit waren. Es war zu Beginn nicht bewusst angedacht, hat sich aber aufgrund der Verfügbarkeit von Interviewpartner*innen ergeben, dass nur Sozialarbeiter*innen aus oberösterreichischen Primärversorgungszentren für diese Arbeit befragt wurden. Aufgrund des Gesamtdatenpools, welcher von allen am Projekt beteiligten Student*innen erstellt wird, könnte jedoch auf eine größere Menge an befragten Personen zugegriffen werden, als dies bei alleiniger Erhebung möglich wäre. Da jedoch das Bundesland Oberösterreich zum Fokus dieser Arbeit wurde, war der Bedarf zur Sichtung des Materials aus anderen Bundesländern weitestgehend nicht notwendig und hätte auch den festgelegten Rahmen überschritten.

⁶ COVID-19: Infektionskrankheit

⁷ länder- und kontinentübergreifende Ausbreitung einer Krankheit

5.2 Erhebungsmethode und Auswertung

5.2.1 Forschungsdesign – Qualitative Forschung

In der qualitativen Forschung werden die Teilnehmer*innen einer Untersuchung von Forscher*innen gezielt ausgewählt und nur wenige Fälle werden miteinbezogen. Der Grund dafür ist, dass die Komplexität dieser wenigen Fälle analysiert werden soll. Kennzeichnend für qualitative Forschung ist, dass den Teilnehmer*innen in der Datenerhebung offene Fragen gestellt werden, die zum Erzählen einladen sollen. Als Ziel kann das Festhalten der subjektiven Wahrnehmung der Befragten zum beforschten Thema genannt werden. Es soll hierbei das Neue, bis zu diesem Zeitpunkt noch Unbekannte, aus der Erzählung gefiltert werden, um daraus Hypothesen oder Theorien zu entwickeln. Die Forschungssituation ähnelt sehr stark der eines Dialogs, in dem die Befragten selbst entscheiden können, wie und wie viel sie auf die gestellten Fragen antworten wollen. Der*die Forscher*in versucht daraufhin mit Hilfe von Rückfragen zu neuen Erkenntnissen zu gelangen (vgl. Flick 2009: 24-25).

5.2.2 Auswertungsmethode – Systemanalyse

Die Wahl der Auswertungsmethode fiel im Falle dieser Arbeit auf jene der Systemanalyse. Zum einen wurde sie deshalb gewählt, weil die Anwendung eine persönliche Präferenz ist. Zum anderen eignet sich die Systemanalyse nach Froschauer und Lueger zudem besonders für die feine Analyse größerer Textmengen und die hinter sozialen Feldern stehenden dynamischen Prozesse. Im Zuge der Analyse entstehen hypothetische Annahmen und deren vermeintliche Wirkung auf den Forschungsbereich. Überprüft werden diese Annahmen anhand der nachfolgenden Passagen oder anderen Materialien. Die Systemanalyse eignet sich zur Interpretation einzelner vollständiger Gespräche, im Fall dieser Arbeit handelt es sich dabei um drei Interviews mit einer Länge von jeweils etwa einer Stunde (vgl. Froschauer/Lueger 2003:142).

5.3 Interviewführung

Für die Durchführung der Interviews wurden im Vorfeld zwei beziehungsweise drei Leitfäden erstellt, von denen zwei inhaltlich sehr ähnlich sind, bis auf kleine Unterschiede, die spezifisch auf die befragte Person ausgelegt sind. Der dritte Leitfaden gestaltet sich deswegen anders, da hierbei von meiner Seite nur ein Teil der Fragen stammt und ich auch nicht die interviewführende Person war.

Die Fragen wurden in allen Leitfäden durchwegs als offene Fragen formuliert um den Interviewpartner*innen genug Raum zur Beantwortung zu geben. In der tatsächlichen Interviewsituation kann es erfahrungsgemäß zu Abweichungen kommen, einige Fragen werden oftmals stark verkürzt oder auch ganz verworfen, sofern die befragte Person dazu keine Angaben machen kann oder es den Redefluss stören würde. Die Reihenfolge der Fragen wird dabei nicht streng beibehalten, was aber auch nicht zielführend wäre und eventuell den Redefluss ebenso beeinflussen würde (vgl. Flick 2016 113-115).

5.3.1 Sampling

Mit der Auswahl der Interviewpartner*innen soll gewährleistet werden, dass ein Einblick in unterschiedliche Strukturen gewonnen und Ansichten aus mehreren Perspektiven gesammelt werden kann. Es wurden bewusst Sozialarbeiter*innen aus städtisch sowie ländlich angesiedelten Primärversorgungszentren ausgewählt um (falls vorhanden) Unterschiede in den Handlungskompetenzen und Interventionen zu erkennen. Unbewusst war zunächst die Auswahl von ausschließlich in Oberösterreich angesiedelten Mitarbeiter*innen in Primärversorgungszentren, dieser unbewusste Vorgang wurde im Forschungsprozess zu einem Fokus umgestaltet. Da es sich um ein relativ kleines Forschungsfeld handelt, werden zum Zwecke der Anonymisierung alle Interviewpartner*innen auch in Bezug auf ihr Geschlecht anonymisiert, da diesem bei der Bearbeitung der Forschungsfragen kein Fokus zukommt und somit nicht auch nicht relevant ist.

INTERVIEW 1: SOZIALARBEITER*IN IN EINEM PVZ IN OBERÖSTERREICH – ITV14

Der Kontakt wurde mir von einer Studienkollegin vermittelt, welche bereits mit der Person in Kontakt stand. Diese zeigte sich sofort dazu bereit, ihr Wissen diesem Projekt zur Verfügung zu stellen. Die befragte Person ist seit etwa zwei Jahren in einem ländlich gelegenen Primärversorgungszentrum in Oberösterreich tätig. Sie ist der*die zweite Sozialarbeiter*in in diesem Primärversorgungszentrum, sowohl er*sie als auch ihr*e Vorgänger*in hatten bzw. haben eine Teilzeitanstellung.

INTERVIEW 2: EHEMALIGE*R SOZIALARBEITER*IN IN EINEM PVZ IN OBERÖSTERREICH – ITV13

Die befragte Person war eine*r der ersten Sozialarbeiter*innen in der Primärversorgung und hat wesentlich dazu beigetragen, wie sich die Sozialarbeit in diesem Feld gestaltet. Er*Sie war insgesamt etwa eineinhalb Jahre in einem eher städtisch angesiedelten Primärversorgungszentrum in Oberösterreich beschäftigt. Zudem war er*sie auch in vernetzende Prozesse zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen im Primärversorgungszentrum, wie auch später unter Sozialarbeiter*innen in der Primärversorgung stark involviert.

INTERVIEW 3: SOZIALARBEITER*IN IN EINEM PVZ IN OBERÖSTERREICH

Der*die Sozialarbeiter*in ist seit etwa drei Jahren in einem eher städtisch angesiedelten Primärversorgungszentrum in Oberösterreich tätig. Er*Sie ist der*die zweite Sozialarbeiter*in in diesem Primärversorgungszentrum und ist mit einer Vollzeitstellung im Primärversorgungszentrum beschäftigt. Zudem gibt es im selben Haus noch eine*n weitere*n Sozialarbeiter*in, welche*r mit einer Teilzeitbeschäftigung angestellt ist. Das Interview fand jedoch leider nicht statt, Grund dafür dürften wohl mangelnde zeitliche Ressourcen seitens des*der Interviewpartner*in sein. Auch auf mehrmalige Nachfrage war eine Terminfindung nicht möglich.

INTERVIEW 4: SOZIALARBEITER*IN IN EINEM PVZ IN OBERÖSTERREICH – ITV17

Da Interview 3 aufgrund fehlender zeitlicher Ressourcen seitens des*der Interviewpartner*in nicht stattfinden konnte und auch der Oberösterreich-Fokus zur Gänze bedient werden sollte, wurde noch ein weiteres Interview geführt. Das Primärversorgungszentrum, in dem die

befragte Person tätig ist, ist deutlich dem städtischen Raum zuzuordnen. Hierbei ist anzumerken, dass die Interviewführung durch eine Kollegin aus dem Projekt stattfand und von mir ein Teil der Fragen im dazugehörigen Leitfaden erstellt wurden. Dementsprechend liegt der Hauptfokus dieses Interviews anderweitig und nur zu einem kleinem Teil auf den für diese Forschungsarbeit relevanten Aspekten.

Was alle Interviewpartner*innen bereits vor der Zusage eines Termins eingefordert haben, war ein grober Überblick über den Interviewleitfaden. Aus zwei Interviews, die von mir geführt wurden, würde ich den Schluss ziehen, dass es die Beantwortung der Fragen insofern beeinflusst hat, als dass zum Großteil die Reihung der Themen im Leitfaden beibehalten wurde und es nur wenige Sprünge gab.

Die Nummerierung der Interviews gestaltet sich dahingehend, dass es im Zuge des Forschungsprojektes für die gesamte Projektgruppe einen Datenpool gibt, auf den alle beteiligten Studierenden Zugriff haben. Zum Zweck der Nachvollziehbarkeit, welche Daten von wem erhoben wurden und wo sich das dazugehörige Transkript befindet, wurden diese nach dem Zeitpunkt der Durchführung beziehungsweise des Uploads nummeriert. Daraus ergibt sich die Zuordnung ITV13, ITV14 und ITV17 für diese Forschungsarbeit.

5.3.2 Leitfadeninterview

Die Interviews, wurden als Leitfadeninterviews gestaltet, da sowohl Interesse an bestimmten Informationen als auch an den jeweiligen Erfahrungen und Sichtweisen der Befragten bestand. Dafür erschien mir ebendiese Erhebungsmethode am zielführendsten. Aufgrund der Stellung der befragten Personen in ihrem Wirkungskreis handelt es sich bei ihnen um Expert*inneninterviews.

Ziel eines Leitfadeninterviews ist es, die individuelle Sichtweise einer Person auf ein Thema mittels eines Dialogs zwischen Interviewer und Interviewte*n zu generieren. Für das Leitfadeninterview werden daher bereits im Vorfeld erarbeitete Fragen gestellt. Die interviewte Person soll die Möglichkeit haben, frei und ausführlich antworten zu können, wobei aber dennoch das Thema des Interviews vorgegeben ist. Bei Antworten, welche aus Sicht des*r Interviewers*in zu kurz ausfallen oder nicht verständlich sind, kann umgehend eine Nachfrage erfolgen. Die Möglichkeit des Nachfragens ist daher auch jener Teil, der für ein erfolgreiches Leitfadeninterview entscheidend ist. Die Kunst liegt darin, dass man als Interviewer das Gegenüber dazu bewegt, an den richtigen Stellen in die Tiefe zu gehen. Gleichzeitig kann in dieser Position darauf geachtet werden, dass alle für das Thema relevanten Fragen tatsächlich auch gestellt werden. Eine Abweichung vom vorbereiteten Leitfaden ist möglich und je nach Situation auch nötig, um den Fluss des Interviews am Laufen zu halten (vgl. Flick 2016: 113-115).

Die jeweiligen Fragen gestalteten sich für alle Interviewpartner*innen bis auf kleine Abweichungen gleich. Besonders ist in diesem Fall lediglich, dass aufgrund der Organisation dieses Bachelorprojektes der Leitfaden die Fragen von drei unterschiedlichen Personen enthält, welche jeweils einen anderen Fokus setzen. Die Herausforderung war es, diese so

anzuordnen, dass verwirrende Themensprünge verhindert werden und der zeitliche Rahmen eines Interviews nicht gesprengt wird. Rückblickend ist dies nur bedingt gelungen, da ich als interviewführende Person nicht genügend Einblicke in die anderen Forschungsarbeiten hatte, um so auch gezielte Nachfragen anstellen zu können. Vermutlich hätte man so in einigen Themenbereiche mehr in die Tiefe gehen können. Da die Kolleg*innen aus der Interviewgruppe jedoch nicht an den Interviews teilnahmen, war es ihnen auch nicht möglich hier eventuell bei Bedarf mehr nachzuhaken.

5.3.3 Setting

Seit März 2020 gelten im ganzen Land Österreich Einschränkungen hinsichtlich sozialer Kontakte, diese brachten auch zahlreiche Beschränkungen im Forschungsprozess mit sich. Diesem Umstand ist es auch im Jahr 2021 noch geschuldet, dass die Interviews nicht persönlich geführt wurden, sondern man sich zum Schutz vor einer Ansteckung auf virtuelle Treffen einigte. Da diese Situation bereits seit einem Jahr herrscht und man mit dem Führen von Interviews mittels der Plattform Zoom bereits Erfahrung gesammelt hat, entschieden wir uns als Interviewgruppe auch für diese Arbeit dazu. Da es oberösterreichweit ohnehin nur eine begrenzte Anzahl an Primärversorgungszentren gibt und einige der Sozialarbeiter*innen Home Office betreiben, war dies auch im Sinne aller Beteiligten, da so lange Anfahrtswege erspart blieben.

Ein Teil der Interviewpartner*innen zeigten sich dadurch auch sofort bereit, auf diese virtuelle Alternative auszuweichen. Aus den Interviews, die über Zoom geführt wurden, kann ich den Schluss ziehen, dass die Informationsvermittlung nicht unter dem Wegfallen des persönlichen Kontaktes leidet. Die Kommunikation ist beinahe ident mit Interviewsituationen, welche persönlich stattfinden. Wie bereits erwähnt bringt diese Form der Interviewführung sogar den Vorteil, dass Anfahrtswege und eventuelle Verspätungen dadurch verhindert werden und meiner Empfindung nach beide Parteien auch entspannter sind. Was jedoch anzumerken ist, ist die Tatsache, dass man bereits im Vorfeld technische Begebenheiten abklären muss (Laptopfunktion, Mikrofon etc.) und dafür vor Interviewbeginn ausreichend Zeit einplant. Weiters muss man auch auf eine stabile Internetverbindung auf beiden Seiten hoffen, um zumindest eine gute Tonqualität zu erhalten. Ein weiterer Punkt, der im virtuellen Treffen wahrscheinlich heikler ist, ist die Wahrung des Datenschutzes. Hier gilt es zu beachten, ob die verwendete Software Aufnahmen möglicherweise zwischenspeichert und wie damit umzugehen ist.

6 Forschungsergebnisse

Dieses Kapitel erläutert die Forschungsergebnisse, welche sich im Rahmen der Interviews ergeben haben. Neben der Übersicht über die wesentlichsten und auch häufigsten Handlungskompetenzen Sozialer Arbeit, die in Primärversorgungszentren zum Einsatz kommen, werden auch die Dokumentation und Reflexion beziehungsweise Evaluierung dieser thematisiert. Auch die multiprofessionelle Zusammenarbeit spielt hier eine Rolle und wird ebenso erläutert. Weiters wird auch die Anfangszeit und die Etablierung Sozialer Arbeit in die Primärversorgung in kurzer Form dargelegt.

Das sogenannte ICPC-2 (International Classification of Primary Care), wird in den Interviews zwar kurz im Zuge der Dokumentation erwähnt aber nicht weiter ausgeführt, da es dazu innerhalb der Projektgruppe eigene Arbeiten gibt. Grundsätzlich handelt es sich dabei um eine Codierung, welche für die Primärversorgung festgelegt wurde. Es beschreibt eine diagnoseorientierte Klassifikation, in welcher auch Z-Diagnosen eingetragen werden können. Diese umfassen ‚Soziale Probleme‘ wie etwa Probleme mit Arbeitslosigkeit oder Probleme in Beziehungen mit Partner*innen/Kindern und Ähnliches (vgl. Österreichisches Forum Primärversorgung 2017b).

6.1 Handlungskompetenzen Sozialer Arbeit

*„Professionelle Soziale Arbeit in ihren verschiedenen Formen richtet sich an die vielfältigen und komplexen Beziehungen zwischen Menschen und ihrer Umwelt. Die Aufgabe ist es, Menschen zu befähigen, ihre gesamten Möglichkeiten zu entwickeln, ihr Leben zu bereichern und Dysfunktionen vorzubeugen. Professionelle Soziale Arbeit fokussiert schwerpunktmäßig auf Problemlösung und Veränderung. Daher sind Sozialarbeiter Anwält*innen für Veränderung, die dazu dem Einzelnen ein Angebot unterbreiten. Professionelle Soziale Arbeit ist ein Netzwerk von Werten, Theorien und Praxis.“ (IFSW 2010)*

Die Argumentation für die Einbindung Sozialer Arbeit in den Gesundheitsbereich und speziell in Primärversorgungseinrichtungen, erfolgte allgemein mit einer Beschreibung, was Soziale Arbeit grundsätzlich leisten kann. Hierzu diente zum einen auch der Code of Ethics der Sozialarbeit als Referenz, sowie auch Beispiele aus der Praxis in ähnlichen Handlungsfeldern. Eines der wichtigsten Argumente war dabei das Potenzial zur Entlastung der Mediziner*innen.

„Des was grad in da Primärversorgung von Anfang an [...] scho immer wieder [...] Thema woa [...] ah in da Gesamtkonzeption, das ma [...] schaut, des Medizinsystem möglichst gut zu entlasten.“ (T113: 72-74)

Im Interview ITV13 mit einer*m der ersten Sozialarbeiter*innen in einem Primärversorgungszentrum wurde berichtet, dass es vor dem Start der ersten Primärversorgungseinheiten intensive Verhandlungen mit der damaligen oberösterreichischen Gebietskrankenkasse gegeben hat, in denen auch das Stundenausmaß sozialer Arbeit

thematisiert wurde. An diesen Gesprächen beteiligt waren neben hohen Vertretern der Krankenkasse auch Geschäftsführer*innen eines Primärversorgungszentrums, sowie die Soziale Arbeit. Somit konnte man sich von einer ursprünglichen 20 Stunden Anstellung der Sozialarbeiter*innen mittels der Argumentationen des Potentials sozialarbeiterischer Handlungskompetenzen auf eine Vollzeitanstellung einigen. Hierbei war auch die Ansicht von Mediziner*innen ausschlaggebend, welche aufgrund der dargelegten Argumente einen höheren Bedarf von Sozialer Arbeit gesehen haben und sich dadurch ebenso für die Vollzeitanstellung einsetzten. Daraus schließe ich, dass bereits in der Entstehung schon die Dokumentation von Handlungskompetenzen sowie auch der Austausch unter den Professionen eine wegweisende Rolle eingenommen hat.

Ebenso erwähnt wird, dass vor der Errichtung der Primärversorgungszentren zudem die Wahl eines geeigneten Standortes eine große Rolle spielt. An diesem Prozess war die Soziale Arbeit damals nicht beteiligt. Dieser ist stark von den Rahmenbedingungen der jeweiligen Stadt beziehungsweise Gemeinde abhängig. Eine zentrale Lage wäre von Vorteil, sofern die dafür notwendigen Räumlichkeiten zur Verfügung stehen. Als gelungenes Beispiel für die Standortwahl könnte man das Primärversorgungszentrum Haslach anführen, welches sich in einem ehemaligen Bürgerhaus im Zentrum des Ortes befindet. Zudem befinden sich in unmittelbarer Umgebung soziale Einrichtungen, wo eine gute Vernetzung herrscht und gemeinsame Projekte betreut werden. Auch bei der Standortwahl einer Primärversorgungseinrichtung könnte der Input Sozialer Arbeit von Vorteil sein, da man hierbei ebenso auf sozialraumorientiertes Wissen innerhalb der Disziplin zurückgreifen kann.

6.2 Interventionen Allgemein

Der Zugang zur Sozialarbeit erfolgt zumeist durch eine Überweisung des Hausarztes oder der Hausärztin. In manchen Primärversorgungszentren, z.B. in Enns, besteht auch die Möglichkeit, dass diese durch die anderen Therapeut*innen erfolgt oder man sich auch selbstständig einen Termin mit der Sozialarbeit direkt vereinbaren kann (vgl. Die Hausärzte Enns o.A.).

Aus den Interviews ging hervor, dass eine Überweisung zumeist dann erfolgt, wenn es seitens der Mediziner*innen ersichtlich ist, dass es sich bei Anliegen von Patient*innen um kein rein medizinisches Problem handelt, sondern eine soziale Komponente vorliegen könnte. In ITV14 wird beschrieben, dass bei einer nicht klar möglichen Feststellung der tatsächlichen Problemlage eine rasche Überweisung zur Sozialarbeit erfolgt. Dies wird mitunter damit erklärt, dass Ärzt*innen häufig nicht die zeitlichen Ressourcen haben sich unter Umständen auch selbst mit anderen Professionen zu vernetzen, wenn das grundlegende Problem noch nicht erkennbar ist. Eine Überweisung zur Sozialarbeit ermöglicht längere Gesprächstermine und ebenso die notwendigen Ressourcen, den Kern der Problemlagen zu ermitteln. Daraus erschließen sich dann Bedarfe, zu denen eine Überweisung geschrieben wird. Ebenso würde hier die Vernetzung zu anderen Angeboten stattfinden.

„[...] oba trotzdem haum die Ärzte ned so vü Zeit afoch oder do san die Ressourcen einfoch ned so do und wenss um irgenda Vernetzung geht, des kumt hoid a scho sehr

*oft einfoch zu mir, dass mi drum bitten, dass i do anruaf und . das i do amoi nochfrog.“
(T114: 518-521)*

Aus der Aussage wird für mich ersichtlich, dass Soziale Arbeit mit ihren Handlungskompetenzen auch einen Clearing Funktion übernimmt. Dies geschieht, indem die Soziale Arbeit ein Gespräch mit den Patient*innen führt und die wesentlichsten Anliegen abklärt, den Bedarf feststellt und diesen wiederum an die Ärzt*innen übermitteln kann. Daraus ergibt sich, dass die Mediziner*innen die Behandlung der Patient*innen effektiver gestalten können. Durch das Hinzuziehen der Sozialarbeiter*in findet eine Entlastung der Ärzt*innen statt und gibt für sie zeitliche Ressourcen frei. Voraussetzung dafür ist, dass Mediziner*innen erkennen, falls es sich nicht ausschließlich um ein medizinisches Problem handelt, welches aber möglicherweise durch eine prekäre soziale Situation begünstigt wird, und diese auch dementsprechend zeitnah weiterverweisen an die Soziale Arbeit.

In Interview ITV13 wurde darauf hingewiesen, dass im Zuge dessen Soziale Arbeit auch einen Case Management Charakter annimmt. Da man in seiner Tätigkeit im Primärversorgungszentrum über fast alle Handlungsfelder agiert und dementsprechend viele Themen zusammenkommen können, muss auch je nach Thematik eventuell an eine spezialisierte Einrichtung weiterverwiesen werden. Hierbei spielt Vernetzung eine große Rolle und ein Überblick über die naheliegende Soziallandschaft ist wesentlich. Somit können Patient*innen auch gezielt weiterverwiesen werden, wenn etwa eine spezifische Betreuung wie zum Beispiel Schuldnerberatung etc. benötigt wird. Die Fäden laufen dann bei der Sozialarbeit im PVZ zusammen.

Die Grenzen der Handlungskompetenzen sozialer Arbeit in der Primärversorgung werden somit auch durch die Benötigung von spezifischen Betreuungsangeboten erreicht. Gerade durch die breite Abdeckung vieler Themengebiete ergibt sich zwar ein allgemeines Handlungswissen. Nicht alle diese Themen können ausschließlich von Sozialarbeit im Primärversorgungszentrum bearbeitet werden. Jedoch kann Sozialarbeit im Primärversorgungszentrum die Lebensrealität der Patient*innen ganzheitlich erfassen, eine Beziehung zu den Patient*innen aufbauen und, wie bereits angemerkt, im Sinne eines Case Managements weitere Hilfssysteme aktivieren.

Zu den Handlungskompetenzen Sozialer Arbeit im Primärversorgungszentrum zählt auch die Präventionsarbeit. Die befragte Person aus ITV14 gibt an, sie beteiligt sich an Präventionsprojekten, im Rahmen derer man zum Beispiel mit anderen Berufsgruppen wie etwa der Diätologie, Physiotherapie etc. einen Mittagstisch oder andere Formen von niederschweligen Austauschmöglichkeiten gestaltet. Hierzu zählen auch Projekte zur Freizeitgestaltung wie Walkinggruppen, durch welche ebenso Zugang zur Sozialarbeit geschaffen wird und bei Bedarf genutzt werden kann. Zudem wurde auch die Sozialarbeit eingeladen, an Angeboten anderer umliegender Einrichtungen teilzunehmen und sich dort vorzustellen. Hier erschließt sich mir auch eine gelungene gemeindenahe Versorgung, sowie der Präventionsauftrag der Primärversorgung.

Alle Interviewpartner*innen gaben an, dass die Vernetzungsarbeit mit anderen Organisationen und Kenntnis über die Soziallandschaft des jeweiligen Standortes ein großer Bestandteil der

sozialarbeiterischen Handlungskompetenzen darstellen. Die Soziale Arbeit ist dabei intensiv involviert in Projekte, der Zugang wird dadurch vereinfacht und ist trotzdem niederschwellig und unkompliziert.

Seit März 2020 wurden diese Angebote jedoch aufgrund der Corona-Pandemie zum größten Teil ausgesetzt. Alternativ dazu wurde, laut einer im Interview befragten Person, eine Telefonkette eingerichtet. Diese dient dazu, dass trotzdem, zumindest über das Telefon, der Kontakt vor allem zu älteren Patient*innen aufrechterhalten wird und bietet zudem auch die Gelegenheit für Alltagsgespräche. Laut Interviewpartner*in ist wahrnehmbar, dass dies eine Entlastung von Klient*innen herbeiführt, da soziale Kontakte oftmals kaum oder nur sehr eingeschränkt stattfinden konnten. Sichtbar wird dadurch die Handlungskompetenz von spontanen Lösungsfindungen und alternativen Angeboten, welche aufgrund der äußeren Einflussfaktoren notwendig wurden.

6.3 Vergleich der sozialarbeiterischen Aufgaben im städtischen und ländlichen Raum

Im Zuge der Interviewführung ergab sich der Eindruck, dass die Betreuungsinhalte und die Interventionen der Sozialarbeit je nach Standort des Primärversorgungszentrums leicht variieren und davon beeinflusst werden, ob es eher im städtischen Raum oder ländlich angesiedelt ist.

Zudem ergibt sich bei der Landeshauptstadt Linz die Tatsache, dass gewisse Leistungen nur von der Sozialberatungsstelle Kompass des Magistrat Linz beantragt und gewährt werden können. Hierzu zählen drohende Delogierung, sowie Versorgung mit mobiler Krankenpflege oder eines Heimplatzes, ebenso die mobile Essensversorgung. Somit grenzt sich der Rahmen an Interventionen, die Soziale Arbeit in Primärversorgungszentren in Linz setzen kann dahingehend ein, dass zwar Patient*innen beraten werden können, die letztendliche Beantragung jedoch nicht erfolgen kann und weitervermittelt werden muss.

6.3.1 Interventionen im städtischen Raum

In Oberösterreich erfordern (für alle bestehenden und künftigen Primärversorgungszentren in der Landeshauptstadt Linz) manche Anliegen eine Weitervermittlung an die Sozialberatung des Magistrat Linz. In der Sozialberatungsstelle Kompass des Magistrat Linz wird an vier Standorten allgemeine Sozialberatung für Linzer*innen ab 18 Jahren angeboten. Hierzu zählen sowohl die Organisation und Klärung der Kosten für Mobile Betreuung und Hilfe wie mobile Altenbetreuung, Hauskrankenpflege, mobile Essensversorgung, Beratung und bei Bedarf Anmeldung für Linzer Seniorenheime - die Vermittlung dieser erfolgt ausschließlich über die Sozialberatungsstellen Kompass. Ein weiterer Zweig der Sozialberatungsstelle ist das sogenannte Team Existenzsicherung. Hier wird Beratung bei existenzbedrohenden Schulden und auch Beratung bei drohendem Wohnungsverlust und Delogierung angeboten (vgl. Linz verändert 2021).

„In Linz wird die Versorgung zuhause oiso olles was Ruffhilfen betrifft, mobile Betreuung oder ah don ah a Langzeitpflegeplatz wird zentral vom Magistrat organisiert. Do gibt's de Beratungsstelle Kompass. [...] Des hoasd hoid ah, dass wenn Leid zu mir keman und des brauchadn, donn führ i zwoa a Gespräch mid erna und informiers drüba was gibt und welche Möglichkeiten, oba dass ses don tastächlich griagn und des don ah finanziert wird, lauft üba Kompass. Oiso i muas don ah weidaschicken. Es is vielleicht a Unterschied was geriatrische Patienten betrifft.“ (T117: 335-344)

Aus dem Interview ITV17 geht hervor, dass sich Patient*innen zwar grundsätzlich mit diesen Anliegen auch an die Soziale Arbeit im Primärversorgungszentrum wenden können, sie selber aber keine konkreten Anträge dazu stellt. Für die interviewte Person ist dies ihrer Wahrnehmung nach der Grund, warum zum Beispiel ihre Handlungskompetenzen in Bezug auf geriatrische Patient*innen weniger zum Einsatz kommen. Auch hier wird die Notwendigkeit zur Vernetzung ersichtlich, in diesem Fall ist sie sogar unabdingbar um eine bedarfsgerechte Versorgung der Patient*innen zu gewährleisten. Eine beratende Tätigkeit wird hier dennoch übernommen, es kann bereits Kontakt zur Beratungsstelle erstellt und die Patient*innen über die Abläufe dort informiert werden.

Unabhängig von der Zuständigkeit bezüglich der Antragstellung mobiler Hilfen im Fall Linz wurde aus den weiteren Interviews ersichtlich, dass sich im städtischen Raum trotzdem ein nicht unwesentlicher Teil aus der Beratung geriatrischer Patient*innen ergibt. Zudem scheinen vielfältige Anliegen zum Thema Arbeit vorzuliegen. In ITV13 werden Anträge gemäß des Chancengleichheitsgesetzes (CHG) erwähnt, sowie auch in Situationen betreffend Kündigungen. Auch hier wurde angemerkt, sofern es zum Beispiel rechtliche Beratung braucht oder dergleichen, wird zumeist zum Beispiel an die Arbeiterkammer weiterverwiesen.

Dennoch ist besonders für die befragte Person aus ITV17 ein spürbares Stadt-Land Gefälle wahrnehmbar hinsichtlich Patient*innen mit psychosozialen Anliegen oder Gewalterfahrungen in der Familie. Dieses ergibt sich für sie auch daraus, dass sie mit der befragten Person aus ITV14 (Sozialarbeiter*in in einem ländlichen PVZ) in regelmäßigem Kontakt steht und beide somit Einblicke in die benötigten Handlungskompetenzen des*der jeweils anderen haben.

„[...] da Hauptbereich woa woa sicha des Thema des Thema ältere Menschen oiso Pflegesituation [...] finanzielle Situation mit einhergehend [...] und des zweite würd i amoi song ziemlich ex equo [...] da Bereich Arbeit [...] und do is zum Beispiel im Bereich Arbeit von [...] am CHG Antrag über ähm Krankenstände über Kündigungen unrechtmäßige und so weiter do woa gonz fü Thema. (T113: 228-236)

„Meine Aufgaben san Beratungen zu verschiedenen Themen, oiso do bin i recht breit aufgestellt mit ähm Erstindikationen von Finanzen, Wohnen, Familienthemen, Versorgung zuhause [...] i klär einfoch a bissl ob, brauchts do nu wos oda ned oiso so bissl so de Koordination von Hilfeleistungen des wad scho ah me Bereich. Ähm de Vernetzung mit anderen Sozialeinrichtungen und natürlich Gesundheitsförderung und Prävention.“ (T117: 95-108)

Aus ITV17 konnte die Clearing Funktion der Sozialen Arbeit im Primärversorgungszentrum herausgearbeitet werden. Im Besonderen wird eine Erstindikation zu einer Bandbreite an sozialen Themen vorgenommen. Die Koordination der Hilfeleistungen und die Vernetzung zu anderen Einrichtungen dient in diesem Fall wiederum zur Entlastung der Allgemeinmediziner*innen.

Eine Vernetzung mit umliegenden Organisationen aus den verschiedensten Handlungsfeldern ist, wie bereits erwähnt, ein wesentlicher Bestandteil der sozialarbeiterischen Handlungskompetenzen in städtischen Primärversorgungseinheiten. Da sich die Soziallandschaft in Städten zumeist vielfältiger gestaltet als in ländlichen Regionen, fällt die Auseinandersetzung mit der umliegenden Soziallandschaft unter Umständen intensiver aus.

Im Fall eines Primärversorgungszentrums, in welchem mobile Dienste von der dortigen Sozialarbeit organisiert werden können, zeigt sich folgendes: Im Interview ITV13 wurde berichtet, dass sich eine Kooperation zwischen Sozialer Arbeit und der Hauskrankenpflege, welche von externen Einrichtungen wie zum Beispiel der Caritas bereitgestellt werden, ergeben hat, wo man wechselseitig den Bedarf für die jeweils andere Profession festgestellt und dementsprechend übermittelt hat. Dies brachte insofern den Vorteil, da die Hauskrankenpflege ohnehin in die Wohnungen der Patient*innen kommt und sich vor Ort ein Bild machen kann, ob die Betreuung dort ausreichend stattfinden kann oder welche Behelfe es dazu noch bräuchte. Somit muss nicht der*die Patient*in die Soziale Arbeit zuerst im Primärversorgungszentrum aufsuchen, um die nötigen Hilfen zu bekommen. Zudem hilft es der Sozialarbeit zu evaluieren, welche Interventionen noch gesetzt werden müssen, auch wenn es unter Umständen zu keinen persönlichen sondern nur telefonischen Kontakten mit den Patient*innen kommt. Ich komme daher zu dem Schluss, sollten für Hausbesuche seitens der Sozialarbeit nicht die nötigen Ressourcen vorhanden sein, kann eine derartige Kooperation eine gute Abhilfe schaffen.

6.3.2 Interventionen im ländlichen Raum

Aus den Interviews wurde ersichtlich, dass sich auch, jedoch noch deutlicher als im städtischen Raum, in ländlichen Regionen vermehrt Themen in Bezug auf ältere Menschen in die Betreuung durch Soziale Arbeit eingebracht werden. Im Interview wurde erwähnt, dass sich vor allem Angehörige bei der Sozialarbeit melden, wenn sie Unterstützung bei Pflegegeldanträgen oder der Organisation mobiler Hilfen benötigen. Es wurde angemerkt, dass in diesen Gesprächen häufig Unsicherheiten oder Scham, diese Leistungen zu beantragen, thematisiert werden und es hier einen sensiblen Umgang und Bestärkung braucht. Als Handlungskompetenz Sozialer Arbeit geht dahingehend das Empowerment von Patient*innen und deren Angehörige hervor im Sinne, dass Ressourcen (Behelfe, Finanzielle Unterstützung etc.) freigesetzt werden, mit denen die eigenen Lebenswege selbstbestimmter (mit-)gestaltet werden können (vgl. Herringer 2014).

„Oiso i find mit Abstand de häufigsten [...] san eher mit ältere Menschen sog i moi so, Anträge stellen diverse eben Altersheimanträge, Pflegegeldanträge [...] Pensionsanträge, Invaliditätspensionsanträge stöhn [...] ah de Organisation von Hilfen oiso i bin do gonz eng im Austausch mit da Caritas de is fia unsa Gebiet do zuaständig das ma hoid de gonzen mobilen Dienste eh wie Essen auf Rädern [...] Hauskrankenpflege das ma des organisiert [...] Da Großteil han wirklich ältere und pflegebedürftige Menschen.“ (TI14: 77-85)

Allgemein würde die im Interview befragte Person einschätzen, dass in ländlichen Regionen die Unsicherheit gegenüber der Profession Sozialarbeit noch vermehrt besteht, als dies in

Städten der Fall ist. Aus dem Interview ging hervor, dass nach Einschätzung der befragten Person die Sichtweise und auch Bereitschaft zur Inanspruchnahme Sozialer Arbeit dadurch beeinflusst wird, wie der*die Allgemeinmediziner*in diese gegenüber den Patient*innen vermittelt. Diesen Eindruck würde ich insofern teilen, dass es für die breite Bevölkerung kaum Berührungspunkte mit Sozialarbeiter*innen gibt oder diese meist nur aus negativ behafteten Kontexten bekannt sind.

„Oiso i glaubs scho, dass an Unterschied mocht, wie uns de Patienten uns ois Sozialarbeiter einschätzen. Wenn du zum Beispiel beim Arzt herst, ma wast eh do haum ma Sozialarbeiter die mochn des voi super und de kinan se des auschaun [...] I glaub scho, dass des scho das grad do bei uns is für die älteren Menschen, die hoidn einfoch nu sehr vü auf die Hausärzte und vertrauen hoid, ois wos der sogt stimmt und i glaub, waun der positiv über uns redt, dass des scho wos bei de Patienten ausmocht.“ (T114: 447-453)

Auch im ländlichen Raum nimmt die Präventions- und besonders die Vernetzungsarbeit eine wichtige Rolle bei Aufgaben der Sozialarbeit ein. An einem Beispiel eines in einer ländlichen Region angesiedelten Primärversorgungszentrums wurde im Interview berichtet, dass regelmäßig von verschiedenen Einrichtungen (z.B. Proges, Caritas,...) niederschwellige Freizeitangebote durchgeführt werden, an denen der*die Sozialarbeiter*in aus dem Primärversorgungszentrum teilnimmt. Dies bietet den Vorteil, dass aufgrund der Planbarkeit auch Transporte für nicht mobile Patient*innen organisiert werden können und sich im Zuge dessen wiederum Möglichkeiten zum Austausch ergeben. Besonders in der Gruppe der älteren Patient*innen mit tendenziell weniger Sozialkontakten scheint dies ein wichtiges Angebot zu sein, welches in den vergangenen Jahren gut angenommen wurde. Hierbei ist anzumerken, dass sich je nach Lage der Primärversorgungseinrichtung ein Vorteil ergibt, wenn sich dieses zentrumsnah und in unmittelbarer Umgebung zu den weiteren Angeboten befindet. Dies bringt insofern den Vorteil mit sich, dass es tatsächlich auch eine gemeindenahe Versorgung ist und die einzelnen beteiligten Organisator*innen enger miteinander vernetzt sind. So können sie untereinander bei der Wahrnehmung eines eventuellen Hilfebedarfs reagieren und verweisen. Wie bereits erwähnt ist Wahl des Standortes eines Primärversorgungszentrum für ein Gelingen solcher Ansätze ausschlaggebend.

Aus dem Interview ITV14 gewann ich den Eindruck, dass die regelmäßige Vernetzung mit der für die Region zuständige Sozialberatungsstelle der Caritas oder auch der Bezirkshauptmannschaft ist ein großer Bestandteil der sozialarbeiterischen Tätigkeiten im Primärversorgungszentrum ist. Die Soziallandschaft am Standort fällt allerdings im Vergleich zu den städtischen Primärversorgungseinheiten wesentlich geringer aus. Der Kontakt und die tatsächliche Kooperation scheint dafür allerdings enger und zu sein und greift auch ineinander.

6.4 Dokumentation und Reflexion der Betreuungsprozesse

Aus allen drei Interviews ging hervor, dass Dokumentation ähnlich betrachtet wurde. Auch der Prozess, wie man sozialarbeiterische Interventionen und Betreuungsprozesse reflektiert,

gestaltet sich bei allen Befragten, unabhängig vom ländlichen oder städtischen Standort des Primärversorgungszentrums, ähnlich.

„[...] wir hom ah oan Fall zum Beispiel ghobt [...] wo ma ziemlich anstehen wo ma einfoch nix mochn kinan und des besprich i don natürlich scho mit de Ärzte, dass hoid i ah irgendwie obsichert bin. Ok do doan ma jetzt nimma weida dass i des don in Doku einischreib.“ (T114: 180-184)

Die Dokumentation wird in Interview ITV14 in Bezug auf die sozialarbeiterische Dokumentation als Absicherung der gesetzten Interventionen gesehen. Der*Die Gesprächspartner*in gab an, dass diese bei Fällen, welche langfristig betreut werden, jenen Zweck hat, dass laufend evaluiert wird, ob es noch eine Betreuung braucht oder ob sie beendet werden kann. Es wurde angesprochen, dass dies von den jeweils verfügbaren zeitlichen Ressourcen abhängen kann, besonders im Hinblick auf die Regelmäßigkeit der Termine. Dabei wird auch von den Ärzt*innen die Dokumentation der Sozialarbeit gelesen, sowie erfolgt ein Austausch beider Professionen. Dies ist unter anderem dahingehend notwendig, da für jedes Quartal eine Überweisung der Allgemeinmedizin vorhanden sein muss. Hier wurde im Interview kurz auf das ICPC-2 verwiesen, im Rahmen dessen eine entsprechende Z-Diagnose gesetzt wird. Aus den Aussagen des*der Interviewpartner*in konnte ich entnehmen, dass dies im Hinblick auf Patient*innen relevant wird, wo evaluiert wird, wenn deren Betreuungsbedarf nicht (mehr) ausschließlich im Primärversorgungszentrum gewährleistet werden kann und für die es andere oder zusätzliche Maßnahmen bedarf, die in diesem Rahmen nicht abgedeckt werden können.

Das Programm an sich, welches in diesem Fall von dem*der Interviewpartner*in verwendet wird, enthält die gesamten Patient*innenkarteien, auf welche alle Professionen im Primärversorgungszentrum Zugang haben. Eine Ausnahme stellt hier die Psychotherapie dar, auf deren Dokumentation nicht zugegriffen werden kann. Die Patient*innenkarteien sind so gestaltet, dass auf den ersten Blick die wichtigen Informationen, genannt Kurzinfo, ersichtlich sind. Das beinhaltet unter anderem Telefonnummern, persönliche Daten und den Überweisungsgrund, zum Beispiel dringliche Interventionen für akute Anliegen, die gesetzt werden müssen. Weiters findet sich dann die Verlaufsdocumentation für die Soziale Arbeit. Hier werden Inhalte der Gespräche verfasst, was bei den Terminen thematisiert wurde und welche Interventionen gesetzt wurden. Ebenso ein Teil dieser Karteien ist die Sozialanamnese, welche beim Erstkontakt erstellt wird und ebenso in der Dokumentation aufliegt.

Grundsätzlich haben auch die andere Professionen Zugriff auf die Dokumentation der Sozialarbeit. Auf die Nachfrage hin, ob sich der*die Sozialarbeiter*in aus ITV14 die Dokumentationen der anderen Professionen vor dem Beginn der Betreuung durchliest, wurde entgegnet, dass dies kaum relevant ist. Begründet wurde die Aussage damit, dass der Überweisungsgrund der Ärzt*innen ohnehin bekannt ist und für die sozialarbeiterische Arbeit dieser am relevantesten ist. Alles weitere wird im Gespräch mit den Patient*innen evaluiert und hier würde sich dann auch zeigen, welche weiteren Themen noch wichtig sind in der Betreuung. Es wurde jedoch angemerkt, dass man manche Patient*innen bereits vom Hörensagen kennt, sofern deren ‚Fälle‘ in Teambesprechungen thematisiert wurden. Aus der Erzählung nahm ich wahr, dass es für die Soziale Arbeit zwar wichtig ist, einen Überblick über

den Auftrag zu haben, jedoch dennoch offen in die Betreuung zu gehen und den*die Patient*in unabhängig vom Überweisungsgrund ganzheitlich zu betrachten. Dem entnehme ich, dass auch im gesundheitlichen Kontext, wo hauptsächlich mit Diagnosen gearbeitet wird, der Mensch von der Sozialarbeit als Ganzes betrachtet und nicht ausschließlich nur auf die medizinische Dokumentation geachtet wird. Als Handlungskompetenz sozialer Arbeit geht hier der ganzheitliche Blick auf die Situation von Patient*innen hervor.

Im Hinblick auf die Dokumentation der anderen Professionen (Physiotherapie etc.) ging aus dem Interview ITV14 hervor, dass diese deshalb nicht gelesen werden, da es zu deren Diagnosen und medizinischen Fachbegriffen kaum das zum Verständnis benötigte Fachwissen gibt. Wechselseitig wird im Interview vermutet, wird die Dokumentation der Sozialarbeit ebenso kaum von den anderen Professionen gelesen. Sollte es einen Austausch über Betreuungsinhalte oder Interventionen benötigen, so findet dieser persönlich in Teamgesprächen oder auch einfach bei Bedarf in kurzen Telefongesprächen statt.

In Bezug auf die Art der Dokumentation und ob diese von der Möglichkeit beeinflusst wird, dass diese auch von anderen Professionen eingesehen werden kann, konnte ich bei dieser*m Interviewpartner*in entnehmen, dass es scheinbar keinen Einfluss gibt. Da der*die befragte Person auch noch einer Arbeit in einem Team nachgeht, wo ausschließlich Sozialarbeiter*innen beschäftigt sind, wurde in diesem Fall angegeben, dass er*sie persönlich keine Unterschiede feststellt. Es wird wie auch in nicht multiprofessionellen Teams üblich das für die Sozialarbeit als relevant betrachtete eingetragen.

In ITV13 wurde ebenso das damalige (im Jahr 2017-2018 verwendete) Dokumentationssystem geschildert. Hier gab es neben der Kurzdokumentation, in der die jeweiligen Leistungen und deren zeitliche Dauer verbucht wurden, noch eine Teamdokumentation, in der für die anderen Professionen festgehalten wurde, welche Themen mit den Patient*innen besprochen wurde. Im Unterschied zu ITV14 wurde hier angegeben, dass es dann auch noch eine eigene Dokumentation nur für die Sozialarbeit gegeben hat, in der mittels eines Word Dokumentes die Betreuung und die einzelnen Schritte detaillierter festgehalten wurde. Es wurde angemerkt, dass die meisten dieser dort enthaltenen Informationen nicht relevant sind für andere Berufsgruppen. Diese wurde hauptsächlich dafür genutzt, um für sich als Sozialarbeiter*in über einen längeren Zeitraum hinweg die Anliegen der Patient*innen zu behalten. Ich vernahm dabei, dass es ein Bewusstsein dafür gab und evaluiert wurde, welche Inhalte tatsächlich relevant sind für die anderen Berufsgruppen im Team, und welche man ausschließlich für die Sozialarbeit dokumentiert. Im Zuge dessen schließe ich daraus, dass bereits zu Beginn der Dokumentation im Primärversorgungszentren eine kritische Auseinandersetzung stattfand, welche Themen zum Schutz der Patient*innen oder zur Wahrung deren Privatsphäre nur in die Dokumentation der Sozialarbeit kamen. Ob es grundsätzlich auch für die anderen Berufsgruppen die Möglichkeit gab, auf das Word Dokument der Sozialen Arbeit, welches im Dokumentationsprogramm gespeichert wurde, zugreifen zu können, wurde im Interview nicht erläutert. Wie in ITV14 wurde auch hier erwähnt, dass man sich die Dokumentation der anderen Professionen kaum durchliest. Dies wurde damit begründet, dass der Überweisungsgrund für die erste Richtung des Auftrages reicht und alles weitere im Gespräch mit Patient*innen erhoben wird.

Im Forschungsprozess hat sich mir aufgrund dieser Aussagen im Vergleich mit jenen aus ITV14 ergeben, dass es in beiden Fällen zwar eine differenzierte Art der Dokumentation gab und gibt, diese jedoch unterschiedlich wahrgenommen wird. Vermutlich hat das jeweilige Layout des Dokumentationsprogramm Einfluss auf diese Erkenntnis.

Hinsichtlich der verfügbaren Leistungen, welche zu verbuchen waren, wurde laut Aussage aus ITV17 bereits 2017 das ICPC-2 angewendet. Für den Fall, dass eine Intervention nicht ganz genau einer Leistung zuzuordnen war, wählte man einen passenden Überbegriff der jeweiligen Kategorie. Im Interview wurde angemerkt, dass hier wahrnehmbar war, dass dieses System zwar arztzentriert ist, jedoch man für alle möglichen Leistungen ‚Tickets‘ ziehen konnte. Diese umfassten zum Beispiel Telefonate und Hausbesuche. Im Unterschied zum Codierungssystem konnten auch Schlagwörter mit allgemeinen Begriffen wie psychosoziale Beratung in das Dokumentationssystem eingetragen werden.

Im Vergleich dazu wurde in ITV14 angemerkt, dass es gewisse Leistungen beziehungsweise Schlagwörter nicht immer gab und man daher Alternativen suchen musste. Dennoch wird auch hier erwähnt, dass sich die Dokumentationsmöglichkeiten insofern verbessert hätten, als dass sie sich an der Praxis der letzten Jahre orientiert haben und somit weiter bedarfsorientiert ausgebaut werden.

„Und des is jetzt scho einfocher, i moan Telefonate des is ah imma so a Soch. Wenn i jetzt zu Beispiel [...] mit da PVA telefonier wenig am Pflegegeldantrag don dokumentier i oiso don gib i hoid de Leistung ned fia Telefonate ein, weil ihs ned hob, sondern [...] irgendwos ondas do suach i ma don hoid irgendwos wos do eher dazua passt.“ (T114: 339-342)

In ITV14 wurde berichtet, dass der Austausch zu den sozialarbeiterischen Handlungskompetenzen überwiegend mit der Psychotherapeutin des Primärversorgungszentrums erfolgt, da es hier die meisten Überschneidungen der Patient*innen gäbe. Weiters werde auch regelmäßig im multiprofessionellen Team reflektiert. Die Interviewte Person äußert den Bedarf, sich mit der eigenen Berufsgruppe austauschen zu wollen, in der Praxis ist dies allerdings nur eingeschränkt möglich, da es oft nur eine*n Sozialarbeiter*in in einem Primärversorgungszentrum gibt. Ich entnehme daraus, dass sich der*die Sozialarbeiter*in in ihren Möglichkeiten zum Austausch mit anderen Sozialarbeiter*innen eingeschränkt fühlt, dieser aber wichtig wäre.

Aus Interview ITV13 ging hervor, dass die Reflexion der eigenen Handlungskompetenzen in einem multiprofessionellen Team insofern günstig ist, da es einen Blick über die Berufsgrenze hinaus anregt. Somit erhält man verschiedene Eindrücke darüber, wie eine Intervention wahrgenommen wird. Andererseits ist man, sofern man der*die einzige Sozialarbeiter*in im Primärversorgungszentrum ist, dahingehend eingeschränkt, sich zum Beispiel intern nicht über Interventionen absprechen zu können. Auch hier wurde ein Wunsch geäußert, dass eine Möglichkeit zum Austausch mit anderen Sozialarbeiter*innen von Vorteil wäre.

Der Wunsch zum Austausch innerhalb der eigenen Profession wurde auch in ITV17 festgehalten. Hier wurde die Soziale Arbeit im Primärversorgungszentrum wörtlich als ‚Einzelkämpfer‘ bezeichnet. Es wurde erläutert, dass man zwar bereits auf einen mehrjährigen Erfahrungsschatz aus anderen Primärversorgungseinheiten zurückgreifen kann, jedoch ist es notwendig, sich seine eigene Arbeitsweise, welche passend für den jeweiligen Standort und die Patient*innen dort ist, zu erarbeiten. Die Vernetzung mit anderen Sozialarbeiter*innen in Primärversorgungszentren erfolgte von Berufsbeginn an, jedoch wurde dabei für die befragte Person besonders ersichtlich, wie unterschiedlich sich die Arbeitsweisen gestalten. In diesem Fall ist noch anzumerken, dass für die interviewte Person aus ITV17 von der Österreichischen Gesundheitskasse zweiwöchentliche Fallbesprechungen mit einem*r externen Sozialarbeiter*in bereitgestellt werden. Dieses Angebot wird von der befragten Person als hilfreich eingeschätzt und trägt am Beginn der Arbeit im Primärversorgungszentrum auch wesentlich zur Orientierung bei.

Eine ähnliche Leistung beziehungsweise Angebot konnte ich bei den anderen Interviewpartner*innen nicht erfragen, wobei bei ITV14 anzumerken ist, dass er*sie bereits der*die zweite Sozialarbeiter*in in diesem Primärversorgungszentrum ist. Er*sie bekam laut Aussage von der früheren Kollegin einen umfangreichen Einblick und eine Einschulung in die Arbeit. Zudem besteht hier, wie bereits vermerkt, ein enger Austausch mit Sozialarbeiter*innen der umliegenden Organisationen.

Im Laufe der Zeit und nach dem Start weiterer Primärversorgungszentren fand also zunehmend eine Vernetzung unter den dort beschäftigten Sozialarbeiter*innen statt. Dieser Austausch wird von allen Befragten als hilfreich wahrgenommen und wird auf verschiedenen Plattformen gegenwärtig regelmäßig betrieben.

Alle drei Interviewpartner*innen gaben an, dass es für sie hilfreich wäre, wenn man sich innerhalb der Sozialen Arbeit austauschen könnte, erwähnen aber auch die Vorteile des multiprofessionellen Austauschs. Aus den Interviews könnte man somit entnehmen, dass der Austausch und die Reflexion der Handlungsprozesse davon profitieren könnte, wenn es mehrere Sozialarbeiter*innen in einem Primärversorgungszentrum gäbe.

Die Evaluierung der Handlungskompetenzen Sozialer Arbeit kann im Primärversorgungszentrum je nach der Art der Intervention unterschiedlich reflektiert werden. Sowohl in ITV13 als auch in ITV14 lassen sich dazu ähnliche Ansichten erkennen.

Grundsätzlich könnte man annehmen, dass es bei Patient*innen kein definitives Ende der Betreuung gibt, sofern immer noch das Primärversorgungszentrum eine Anlaufstelle ist und es potenziell wieder zu einer Überweisung kommen könnte. In der Praxis kommen aber unterschiedliche Anliegen und Bedarfe hinsichtlich der Intensität der Betreuung zustande.

Geht es zum Beispiel um ein Anliegen, welches sich zum größten Teil mit der Antragstellung einer Leistung befasst, so ist dieser Prozess mit dem Ausfüllen des Antrages in einem relativen kurzen Zeitraum beendet. Hierbei kann sich die Betreuung auch nur auf einen Termin belaufen, sofern es seitens der Patient*innen sonst keine Anliegen gibt. Bei einer erneuten Überweisung der Ärzt*innen würde somit ein neuer Betreuungsprozess starten.

Die Dauer der Betreuung variiert ebenfalls stark je nach den Anliegen der Patient*innen. Ein*e Interviewpartner*in gab an, dass es durchschnittlich zu etwa vier bis fünf Betreuungskontakten

pro Patient*in kam. Bei Patient*innen mit Multiproblemlagen ließ sich feststellen, dass durch den*die Sozialarbeiter*in eine Art Case Management Funktion eingenommen wurde. Da hier verschiedene Akteur*innen beteiligt waren, gestaltete sich die Arbeit der Sozialarbeit so, dass regelmäßiger Kontakt gehalten wurde, in welchen bestehende Interventionen mit den Patient*innen evaluiert wurden. Bedürfnisse wurden im Zuge dessen herausgearbeitet, ebenso wo noch Unterstützung benötigt wird, oder beendet werden kann. Zudem wurden auch die Kontakte der Helfer*innen reflektiert und wie sich diese aus Patient*innensicht gestalten. Dies wäre folglich ein Beispiel für eine intensivere Betreuung, welche in regelmäßigen Abständen stattfindet. Hier bietet es sich an, den Betreuungsprozess laufend zu reflektieren und als Sozialarbeiter*in zu evaluieren, welche Interventionen sich als hilfreich herausstellen oder als nicht hilfreich. Wann der Austausch beziehungsweise die Reflexion der eigenen Handlungsprozesse der jeweiligen interviewten Person stattfindet, war für den*die Befragte*n dabei klar.

Insofern decken sich die die Aussagen aus ITV13 (städtischer Raum) und ITV14 (ländlicher Raum) bezüglich der der Reflexion der Handlungskompetenzen. Beide Interviewpartner*innen haben für sich eine Vorstellung, wann der Austausch beziehungsweise die Reflexion der eigenen Handlungsprozesse stattfinden sollte und definieren diese ähnlich. Beeinflusst durch die Art der Intervention und Dauer der Betreuung findet der Reflexionsprozess zumeist laufend statt und wird nur selten auf einen bestimmten Zeitpunkt festgelegt. Somit gehört auch die Fähigkeit zur Selbstreflexion zu den im Handlungsfeld relevanten Handlungskompetenzen Sozialer Arbeit. Da es seitens der Primärversorgungseinheit keine wirklichen Vorgaben gibt, muss nach Bedarf und eigener Einschätzung sowie auch in Kooperation mit den Patient*innen reflektiert und Interventionen evaluiert werden.

Im Rahmen der Interviews konnte erforscht werden, dass nicht nur eine Vernetzung nach außen zu anderen Organisationen, sondern auch eine interne zu den Handlungskompetenzen Sozialer Arbeit gehört. Gerade innerhalb eines multiprofessionellen Teams wurde es als Vorteil betrachtet, über die Kompetenzen der anderen Professionen Bescheid zu wissen, um gegebenenfalls an diese bei Bedarf rasch weiterverweisen zu können. Soziale Arbeit kann hier wesentlich dazu beitragen, wie sich die Kooperation mit den Ärzt*innen gestaltet. In allen Interviews wurde berichtet, dass die Initiative zur Kooperation häufig von der Sozialarbeit ausging, beziehungsweise im weiteren Verlauf der Teamarbeit ausgeht. Hierzu wurden in Eigeninitiativen zum Beispiel Informationsbroschüren und Indikationen für die anderen Berufsgruppen erstellt, um einen Überblick über die Interventionsmöglichkeiten Sozialer Arbeit zu schaffen.

Die Teamarbeit durchlief seit der Eröffnung der ersten Primärversorgungseinheiten einen Prozess. Gerade zu Beginn der Primärversorgung war nicht klar, wie intensiv diese ausfällt und wo diese auch Sinn machen könnte. Allgemeinmediziner*innen evaluieren in der Regel in ihren jeweiligen Ordinationen einen Bedarf und überweisen dann zu anderen Professionen, ohne jedoch mit diesen in Kontakt zu stehen. In Primärversorgungszentren arbeiten nun alle Professionen unter einem Dach und bilden als Ganzes ein Team. Im Interview ITV13 wurde berichtet, dass sich zu Beginn der Austausch des Teams über Einzelfälle gestaltete, wo es komplexe Fallgeschichten gab und mehrere Professionen daran beteiligt waren. Aus diesem

Vorgang heraus entstand im Laufe der Zeit die geplante Teamarbeit mit regelmäßigen Besprechungen. Die Initiative für regelmäßige Fallbesprechungen ging in diesem Fall von der Sozialarbeit aus, da diese eine der wenigen Professionen mit einer Vollzeitstellung war. Aus dieser Initiative für interne Vernetzung heraus, besonders auch zu den Allgemeinmediziner*innen, entstand daraufhin die OBDS Informationsgrundlage für Interessierte (2017b), welche sich wiederum als Wegweiser für Sozialarbeiter*innen in Primärversorgungseinheiten gestaltete. Diese wurde von ITV13 als ein Überblick und eine Art Checkliste bezeichnet, anhand derer die anderen Professionen erkennen können, wann eine Überweisung zur Sozialen Arbeit passend sein könnte.

An diesem Beispiel orientierten sich in der Folge auch andere Primärversorgungseinrichtungen. Dennoch gestaltet jedes Team die Art und Regelmäßigkeit von zum Beispiel gemeinsamen Teamsitzungen, Fallbesprechungen etc. individuell, fixe Vorgaben gibt es dafür nicht.

7 Resümee und Ausblick

In folgendem Kapitel werden die Ergebnisse der Forschung noch einmal in zusammengefasster Form dargestellt und die wesentlichsten Erkenntnisse in Bezug auf die Forschungsfragen veranschaulicht. Zudem erfolgt eine Reflexion des Forschungsprozesses. Den Abschluss bildet ein Ausblick und welche Entwicklungen sich im Forschungsfeld sich aus heutiger Sicht erkennen lassen.

7.1 Beantwortung der Forschungsfragen

WELCHE TECHNIKEN UND HANDLUNGSKOMPETENZEN DER SOZIALEN ARBEIT KOMMEN IN PRIMÄRVERSORGUNGSEINRICHTUNGEN IN OBERÖSTERREICH ÜBERWIEGEND ZUM EINSATZ?

- Soziale Arbeit kann in der Primärversorgung eine Clearingfunktion einnehmen. Dies gibt zeitliche Ressourcen für Allgemeinmediziner*innen frei und entlastet diese.
- Soziale Arbeit verfolgt lösungsorientierte Ansätze, findet dabei kreative Lösungen und entwickelt je nach Standort und Bedarf der Bevölkerung neue Angebote.
- Soziale Arbeit beteiligt sich und organisiert Präventionsprojekte. Dies trägt auch zur Gesundheitsförderung und -erhaltung bei.
- Soziale Arbeit fördert Empowerment der Patient*innen. Sie unterstützt bei der Ressourcengewinnung zur eigenständigen Gestaltung des Lebens.
- Soziale Arbeit ist eine Schnittstelle in der Vernetzung externer und interner Professionist*innen.
- Soziale Arbeit trägt durch die Vernetzung und Kooperation mit umliegenden Organisationen zu einer gemeindenahen Versorgung bei.
- Soziale Arbeit reflektiert die eigenen Kompetenzen und evaluiert mittels eines hohen Maßes an Selbstreflexion, welche Interventionen für die jeweilige Zielgruppe am jeweiligen Standort sinnvoll sind.

WIE WERDEN SOZIALARBEITERISCHE HANDLUNGSPROZESSE IN DER PRAXIS EVALUIERT UND DOKUMENTIERT?

- Der Informationsfluss zwischen den Professionen erfolgt oftmals mündlich, entweder im Rahmen einer Teamsitzung oder bei Bedarf.
- Die Weitergabe von Informationen beziehungsweise die Kooperation an sich scheint besonders wichtig zu sein zwischen Ärzt*innen und Sozialarbeiter*innen. Das Bearbeiten von nicht medizinischen Anliegen der Patient*innen wird durch einen allgemein guten Informationsfluss der beiden Professionen begünstigt. Die Art, mit der Ärzt*innen der Sozialen Arbeit diese an Patient*innen vermitteln, hat auch Einfluss

darauf, wie diese angenommen wird. Der Hausarzt beziehungsweise die Hausärztin hat besonders bei älteren Patient*innen einen hohen Stellenwert und ihm*ihr wird dadurch viel Vertrauen entgegengebracht. Wird Soziale Arbeit als etwas Positives kommuniziert, könnte die Betreuungsbereitschaft gesteigert werden.

- Die Interventionen der Sozialarbeit werden bei Bedarf mit anderen Professionen besprochen, meist aber mit jener, mit der die meisten thematischen Überschneidungen bestehen.
- Die Betreuung wird von Sozialarbeiter*innen laufend reflektiert, da es sich häufig um kontinuierliche Prozesse handelt, welche zwar in einzelnen Themen zum Abschluss kommen, nicht aber der ganze ‚Fall‘ selbst.
- Betreuungsprozesse werden je nach Tätigkeit unterschiedlich reflektiert: ein Anhaltspunkt dafür ist die Verbesserung oder Verschlechterung der Lebenssituation der Patient*innen; muss zum Beispiel nur einmalig ein Antrag gestellt werden, wird dies abschließend reflektiert, als zum Beispiel eine Betreuung welche über längere Zeit verläuft und laufend reflektiert wird.
- Es besteht der Wunsch, sich auch innerhalb der eigenen Profession austauschen zu können, hier werden Angebote genutzt wie connect sozial oder auch andere Foren, in denen Sozialarbeiter*innen im Gesundheitsbereich der Austausch möglich gemacht wird.
- Dokumentationsprogramme und auch die Etablierung von Leistungen werden ausgebaut und orientieren sich an der Praxis, zum Beispiel eigene Leistung Hausbesuch; gibt es für eine Leistung keinen passenden Begriff, dokumentiert man diese unter einem Überbegriff.
- Dokumentation an sich wird als persönliche Absicherung der eigenen Interventionen betrachtet.
- Zu den Inhalten der Dokumentation werden Kurzinfos mit den wichtigsten Daten am häufigsten betrachtet, Verlaufsdokus der anderen Professionen werden nur manchmal von der Sozialarbeit gelesen.
- Dokumentation in einem Primärversorgungszentrum wird differenzierter betrachtet als in Teams, wo nur Sozialarbeiter*innen tätig sind. Es werden Fragen gestellt wie: Was kommt in die Kurzdoku? Was muss das Team wissen? Was muss nur die Soziale Arbeit wissen?

WELCHE UNTERSCHIEDE GIBT ES BEI SOZIALARBEITERISCHEN HANDLUNGSPROZESSEN ZWISCHEN STÄDTISCHEN UND LÄNDLICHEN PRIMÄRVERSORGUNGSEINHEITEN IN OBERÖSTERREICH?

- Sowohl im ländlichen, als auch im städtischen Raum machen geriatrische Patient*innen einen großen Anteil der Patient*innen aus.
- Im städtischen Raum sind Themen rund um Arbeit, Kündigung etc. sowie psychosoziale Anliegen noch deutlich mehr wahrnehmbar. Auch Gewalterfahrungen innerhalb der Familie wurden angesprochen.
- Sozialarbeiterische Handlungsprozesse gestalten sich im Wesentlichen gleich, auch bei der Reflexion der Interventionen konnten keine Unterschiede festgestellt werden,

die Gestaltung der Reflexion des Betreuungsprozesses orientiert sich an der Art und des Umfangs der Betreuung bzw. Intervention.

- Alle Interviewpartner*innen gaben an, dass eine Vernetzung mit den umliegenden Organisationen ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit in Primärversorgungseinheiten ist.
- Der Sozialarbeit im Primärversorgungskontext kommt auch eine Präventionsaufgabe zu, aufgrund von Corona konnten dazu jedoch nur Daten zum ländlichen Raum erhoben werden können: Hier werden gemeindenahе, niederschwellige Freizeitangebote für die Bevölkerung gestaltet wie z.B. Walkinggruppen, Mittagstische etc.

WO LIEGEN DIE GRENZEN SOZIALER ARBEIT IN DER PRIMÄRVERSORGUNG?

- Die Grenzen der Handlungskompetenzen Sozialer Arbeit im PVZ werden durch äußere Einflüsse wie Zuständigkeiten z.B. bei der Beantragung mobiler Pflege im Fall Linz beeinflusst.
- Geht es um sehr spezifische Anliegen oder benötigen Patient*innen spezielle Betreuungsangebote, muss weiterverwiesen werden z.B. Schuldnerberatung, rechtliche Beratung etc.

7.2 Reflexion des Forschungsprozesses

Der Forschungsprozess an sich wurde aufgrund der nach wie vor bestehenden Situation durch die Corona Pandemie in einigen Teilen beeinflusst. Meines Erachtens hatte dies auf die Erkenntnisse dieser Forschungsarbeit jedoch keinen Einfluss. Die Interviewführung mit Zoom funktionierte mit den Interviewpartner*innen gut, man konnte feststellen, dass nach über einem Jahr Pandemie die meisten Personen bereits vertraut sind mit der Videoplattform. Aus den Interviews, welche von mir selbst geführt wurden, konnte ich die meisten Ergebnisse für diese Arbeit beziehen. Hierbei würde ich anmerken, dass die Aufteilung in Interview-Teams zwar für unseren Forschungsbereich aufgrund begrenzter Ressourcen grundsätzlich sinnvoll ist. Das Vorgehen hat sich jedoch in der Menge an relevanten Informationen für die einzelnen Personen bemerkbar gemacht. So mussten eigene Fragen im Leitfaden reduziert werden, um auch die der Kolleg*innen unter zu bringen. Zudem ergibt sich auch ein Nachteil, wenn man nicht selbst bei einem Interviewtermin anwesend ist und so eventuell Fragen in einem anders als gedachten Kontext gestellt wurden.

Hinsichtlich der Literaturrecherche hat unsere gesamte Forschungsgruppe relativ schnell die wichtigsten Basiswerke zum Thema Primärversorgung (in Österreich) verortet, wobei es sich bei konkreten Werken um eine überschaubare Anzahl handelt. Wie auch bei den Interviews gab es hier zum Großteil einen gemeinsamen Datenpool. Viele Informationen wurden von den Webseiten des Österreichischen Forum Primärversorgung und jener des Österreichischen Berufsverbandes für Soziale Arbeit bezogen. Für mich ergab sich im Hinblick auf diese

Forschungsarbeit die Herausforderung, dass es zum Stadt-Land Vergleich zwar eine Vielzahl an grundsätzlicher Literatur gab, für mich jedoch die wenigsten eine Relevanz zum Forschungsthema herstellen ließen. Daher habe ich mich entschlossen, in Bezug auf Oberösterreich die meisten Informationen von den Interviewpartner*innen zu beziehen und eigenständig zu recherchieren, wie sich die Soziallandschaft grundsätzlich um die Primärversorgungszentren gestaltet. Folglich wurden einige der Organisationen auch namentlich erwähnt, zu denen aus Sicht der Sozialarbeit die meisten Schnittstellen bestehen.

Was in dieser Arbeit nicht behandelt wurde, sind eventuelle Stadt-Land Unterschiede aus anderen Bundesländern, da dies den Rahmen gesprengt hätte und der Forschungsfokus bewusst auf das Land Oberösterreich gelegt wurde.

Für mich offen geblieben ist auch noch die Frage, wieviel Öffentlichkeitsarbeit für Primärversorgungszentren gemacht werden kann, ohne dass es sich dabei um Werbung für die jeweiligen Allgemeinmediziner*innen handelt. Ich stellte fest, dass ich trotz der Spezialisierung auf dieses Thema im Rahmen der Bachelorarbeit sowie der Ausbildung zur Sozialarbeiterin versäumt habe, dass in meiner Region mit April 2021 ein Primärversorgungsnetzwerk errichtet wurde. Für den breiten Teil der Bevölkerung würde ich daher annehmen, dass dies ebenso der Fall ist, beziehungsweise man aus Regionalmedien kaum weiteres Wissen dazu vermittelt bekommt. Daher stellt sich ebenso die Frage, wie die Bevölkerung die Vorteile der Primärversorgung und des multiprofessionellen Teams nutzen kann, wenn sie davon nicht (ausreichend) informiert wird.

7.3 Ausblick

Laut dem Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz sollen bis Ende 2021 75 Primärversorgungseinheiten in Österreich in Betrieb gehen (vgl. BMSGPK 2019).

Mit Stand April 2021 liegt Österreich noch weit hinter dieser Zahl. Zwar befinden sich einige Primärversorgungseinrichtungen in Planung oder starten demnächst, um sich jedoch im gesamten System der Primärversorgung zu etablieren, bräuchte es vermutlich noch eine flächendeckendere Versorgung.

Gerade im Hinblick auf die vielen Pensionierungen von Allgemeinmediziner*innen in den kommenden Jahren sehe ich Primärversorgungseinheiten als wichtigste Alternative und als Lösungsansatz, dem Wegfallen von hausärztlicher Versorgung entgegen zu wirken. Die weiteren Vorteile, wenn in diesen Einheiten auch soziale Themen behandelt werden, würden sich in einer nachhaltigeren Gesundheitsversorgung zeigen, in der auch Prävention und Gesundheitserhaltung wichtige Faktoren wären. Gemäß des bio-psycho-sozialen Modelles ist erwiesen, dass soziale Probleme auf die Gesundheit Einfluss nehmen – hat man für diese eine allgemeine Anlaufstelle, so könnte man sie bereits viel früher bearbeiten, bevor sie sich als ‚krankhaft‘ manifestieren. Auf lange Sicht wird so nicht nur die Allgemeinmedizin entlastet, sondern auch das gesamte Gesundheitssystem.

Literatur

- Arlt, Ilse (1958): Wege zu einer Fürsorgewissenschaft. In: Maiss, Maria (2010) (Hg.In): Werkausgabe Ilse Arlt Band 2, Wien: Lit Verlag.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz - BMSGPK (2014): Das Team rund um den Hausarzt. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich.
- Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz - BMSGPK (2019): Gesundheit. Gesundheitssystem. Gesundheitsreform (Zielsteuerung-Gesundheit). Mehr Gesundheit durch eine gestärkte Primärversorgung. [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primaerversorgung.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primaerversorgung.html) [Zugriff: 20.04.2021]
- Die Hausärzte Enns (o.A.): Leistungen der Sozialarbeit im Gesundheitszentrum Enns. <https://www.diehausaeerzte.at/images/Therapien/Sozialarbeit/FlyerEnns.pdf> [Zugriff am 20.04.2021]
- 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-primaerversorgung> [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 die BA Studiengänge. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Flick, Uwe (2016): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für BA Studiengänge. 3. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Froschauer, Ulrike / Lueger, Manfred (2003): Das Qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Wien: WUV Verlag.
- Halmich, Michael (2019): Rechtsrahmen zur Primärversorgung. In: ÖGERN, (Hrsg. in): Primärversorgung zwischen Medizin, Pflege und Rettungsdienst. Tagungsband Nr.6/2019. Wien: Educa Verlag, 9-15.
- Herringer, Norbert (2014): Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. 5. Auflage. Stuttgart: Kohlhammer GmbH.
- International Federation of Social Workers – IFSW (2010): Neue Definition von Sozialarbeit o.A. zit. In: ÖGERN Tagungsband Primärversorgung zwischen Medizin, Pflege und Rettungsdienst (2019): Primärversorgung: Welche Rolle spielt dabei der Rettungsdienst bzw. die Soziale Arbeit
- Linz verändert (2021): Service A-Z. Gesellschaft und Soziales. Sozialberatungsstellen Kompass. https://www.linz.at/serviceguide/viewchapter.php?chapter_id=121913#infomaterial [Zugriff: 01.04.2021]

OBDS (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 (2017b): Sozialarbeit 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]

ÖFOP - Österreichisches Forum Primärversorgung (2017a): Sozialarbeit in der Primärversorgung. <https://primaerversorgung.org/2017/09/24/sozialarbeit-in-der-primaerversorgung/> [Zugriff: 30.03.2021]

ÖFOP - Österreichisches Forum Primärversorgung (2017b): ICPC-2 – die Klassifizierung für die Primärversorgung. Ein Spiegel für das Wesen der Hausarztmedizin, ein Beitrag von Dr. Walter Heckenthaler, Präsidiumsmitglied ÖGAM. <https://primaerversorgung.org/2017/10/19/icpc-2-die-klassifizierung-fuer-die-primaerversorgung/> [Zugriff am 12.04.2021]

ÖFOP - Österreichisches Forum Primärversorgung (2018): Standort. Primärversorgungsnetzwerk Sierning-Neuzeug. <https://primaerversorgung.org/standort/pve-netzwerk-oberoesterreich/> [Zugriff: 01.04.2021]

ÖFOP – Österreichisches Forum Primärversorgung (2019): Versorgungskarte. Oberösterreich. Presseaussendung. Fahrplan Primärversorgung: Teams um den Hausarzt werden ausgebaut. <https://primaerversorgung.org/wp-content/uploads/2019/03/presseaussendung.pdf> [Zugriff: 19.04.2021]

ÖFOP - Österreichisches Forum Primärversorgung (2021): FAQs. Was ist Primärversorgung. <https://primaerversorgung.org/fragen-und-antworten/?fps=Was%20ist%20Prim%C3%A4rversorgung?> [Zugriff: 30.03.2021]

Österreichische Gesundheitskasse - ÖGK (2021): Oberösterreich. Primärversorgungsnetzwerk startet in Ried-Neuhofen. <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.865058&portal=oegkportal> [Zugriff: 19.04.2021]

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 30.03.2021]

WHO – World Health Organisation (1978): Erklärung von Alma Ata. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf [Zugriff am 30.03.2021]

Wolff, Stephan (2000): Wege ins Feld und ihre Varianten. In: Flick, Uwe / Kardoff, Ernst von / Steinke, Ines (Hg.Innen): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 334-349.

Daten

ITV13, Interview, geführt von Ramona Wagner mit einem Sozialarbeiter via Zoom, 19.02.2021, Audiodatei

ITV14, Interview, geführt von Ramona Wagner mit einer Sozialarbeiterin via Zoom, 17.02.2021, Audiodatei

ITV17, Interview, geführt von Anna Zeilinger mit einer Sozialarbeiterin via Zoom, 17.03.2021, Audiodatei

TI13, Transkript ITV13, erstellt von Ramona Wagner und Christian Hamberger, Februar 2020, Zeilen durchgehend nummeriert

TI14, Transkript ITV14, erstellt von Ramona Wagner und Anna Zeilinger, März 2020, Zeilen durchgehend nummeriert

TI17, Transkript ITV17, erstellt von Anna Zeilinger und Ramona Wagner, März 2020, Zeilen durchgehend nummeriert

Abkürzungen

PVZ ... Primärversorgungszentrum

PVE ... Primärversorgungseinheit

ÖFOP ... Österreichisches Forum für Primärversorgung

OBDS ... Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit

ICPC-2 ... International Classification of Primary Care

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

ITV13 ... Interview 13

ITV14 ... Interview 14

ITV17 ... Interview 17

WHO ... World Health Organization

Vgl. ... vergleiche

Etc. ... et cetera

Bzw. ... beziehungsweise

Anhang

LEITFADEN DER EXPERT*INNENINTERVIEWS

Thema Bachelorprojekt: Dokumentation und Bewertung sozialarbeiterischer Betreuungsprozesse in der Primärversorgung

Interviewgruppe: Anna Zeilinger, Christian Hamberger, Ramona Wagner

Inhalte des Interviews: Soziale Arbeit in der Primärversorgung allgemein, Dokumentation der sozialarbeiterischen Handlungsprozesse und Nachvollziehbarkeit im multiprofessionellen Team, Bewertung und Reflexion von Sozialarbeit, Methodeneinsatz (Case Management, Einzelfallhilfe etc.), Übergabe von Informationen zwischen Sozialer Arbeit und Rettungsdiensten

Thema 1: Allgemeines

Welche Vorstellungen bezüglich Ihrer Aufgaben hatten Sie zu Beginn Ihrer Tätigkeit im PVZ? Trafen diese Vorstellungen zu? Welche bestätigten sich bzw. welche nicht?

Wie sah die Zusammenarbeit im Team aus?

Welche Aufgaben wurden Ihnen von Kolleg*innen zugesprochen, die Sie als Sozialarbeiterin überrascht haben?

Thema 2: Aufgaben der SA

*Beschreiben Sie die häufigsten Anliegen der Patient*innen.*

Welche Handlungskompetenzen der Sozialarbeit kommen in der Primärversorgung überwiegend zum Einsatz?

Welche Interventionen werden häufig gesetzt?

Welche Aufgaben wurden Ihnen von Kolleg*innen zugesprochen, die Sie als Sozialarbeiter überrascht haben?

Welche Informationen erhielten die anderen Berufsgruppen zu ihrer Tätigkeit?

Wie lange dauern in der Regel Betreuungskontakte?

Wie argumentieren Sie eine Verlängerung der Betreuung in der Teambesprechung und welche Belege gehen hier in die Dokumentation ein?

Was ist ihrer Erfahrung nach ausschlaggebend für das Beenden des Falles?

Thema 3: Dokumentation und Bewertung der Betreuung

Wie werden Betreuungsprozesse allgemein dokumentiert?

Wie werden Betreuungsprozesse für andere Berufsgruppen im PVZ aufbereitet?

Dokumentieren Sie für andere Berufsgruppen anders, als Sie dies für (wenn vorhanden) Kolleg*innen aus der Sozialarbeit machen würden? Warum?

Welche Rolle spielen Stärken und Ressourcen der Patient*innen und deren Entwicklung in der Dokumentation?

Wie werden sozialarbeiterische Handlungsprozesse in der Praxis evaluiert?

Wie reflektiert man den Betreuungsprozess? (*laufend, am Ende der Betreuung?*)

Welche Teile der Sozialen Arbeit können nicht dokumentiert und abgerechnet werden?

Hat es eine Auswirkung, wenn Teile der Sozialen Arbeit nicht dokumentiert und abgerechnet werden können? Was würde hier dazu zählen?

Thema 4: Arbeit im multiprofessionellen Team

Gibt/Gab es in Ihrer Einrichtung Case Management? Wer übernimmt dieses?

Gibt es Interventionen, die mit anderen Professionen durchgeführt werden (müssen) – findet interprofessionelle Arbeit statt?

Ihrer Einschätzung nach, reicht die Kommunikation untereinander im multiprofessionellen Team aus? Wie sehr ist man über andere Berufsgruppen informiert?

Können soziale Problemlagen anhand der Dokumentationen von anderen Berufsgruppen erkannt werden?

Haben Sie um eine Überweisung mancher Patient*innen an Sie gebeten? (kann man sich Patient*innen selbst „suchen“)

Thema 5: Grenzen der Sozialarbeit in der Primärversorgung

Welche Angebote wären für Patient*innen hilfreich, können aber aus zeitlichen Gründen nicht im Rahmen der Primärversorgung umgesetzt werden?

Sind Hausbesuche (immer) möglich?

Wann muss an andere Einrichtungen weiterverwiesen werden?

Wo sehen Sie weiteren Bedarf?

Thema 6: Zusammenarbeit zwischen PVZ und Rettungsdienst

Wie wird die Dokumentation der Sozialen Arbeit miteinbezogen, wenn Patient*innen zu Hause nicht mehr ausreichend versorgt werden können und vom Rettungsdienst in das PVZ gebracht werden?

Werden solche Eindrücke bei Behandlung im PVZ dokumentiert?

Wenn ja, Inwiefern fließen sie in die Dokumentation der Sozialarbeit ein?

Wenn nein, weshalb werden diese nicht dokumentiert?

Inwiefern könnten diese Informationen bei einem komplexen Fall die Arbeit erleichtern?

Wie würden Sie den Informationsfluss zwischen Rettungsdienst und PVZ einschätzen?

Glauben Sie, dass der Rettungsdienst genau weiß, wie ein PVZ arbeitet? Erläutern Sie das bitte genauer.

Wenn Sie sich vorstellen, dass es bei der E-Card einen Reiter für Soziales geben würde, inwiefern könnten Sie sich vorstellen, dass dies die Sozialarbeit beeinflusst?

B1: i dokumentier eigentlich . generell was wo ma i denk das wichtig is weil i denk ma . . im Prinzip kennan se se eh meistens aus i moan i kenn mi zum Beispiel jetzt bei da Ergotherapie irgendwas schreiben irgendwelche Krankheiten kenn i mi jetzt ned aus oba des is jo in unsam Bereich jetzt Sozialarbeit wir wir verwenden jetzt jo ned soichane lateinischen Wörter oder irgendwie oiso dass ma se normal auskennt u n d fois irgendwer Fragen hod don schreibt ma se eh zom oda bespricht ma des einfoch. Oiso i glaub ned dass i ähm . . ondas dokumentier.

I1: Und eben wiesd du gsogt hosd, du bist hoid de oanzige Sozialarbeiterin des hoasd da Austausch besteht mit de ondan Berufsgruppen und ned nur mit da eigenen. Oba find i find i generell einfoch spannend, dass do olle Zugriff auf alles hom.

B1: I moan bei uns is jetzt ah ned so find i dass . . i moan erstens moi unterliegen ma sowieso olle da Schweigepflicht von dem obgseng . u n d . . es ergibt se jetzt eher selten was, dass jetzt foi was . . extrem Vertrauliches wons wons jetzt wirklich irgendwas is was . . was jetzt dem Patienten den Patientinnen so wichtig is, dass des koana woas don würd i des glaube ah ned einischreim. Es kummt drauf an . i hob jetzt uzum Beispiel a Patientin ghobt, de was schwanger woa und de . psychische . . oiso a psychische Erkrankung ghobt hod und de hod don versuacht durch Tropfen irgendwie dass de Wehen auslöst oder hods zumindest zu mir gsogt und des besprich i don scho mit den Ärzten und einfoch des schreib i donn eini und einfoch fia mi zur Sicherheit, dass i des besprochn hob und dass de Ärzte gsogt hom ok do kann eh nix passieren.

I1: mhm.

B1: oba sunnst . so richtig vertrauliche Sochn is jetzt ned so wo i ma denk ma des derf jetzt goaneamt ondara wissen.

I1: Ahm wie reflektierst du eigentlich so deine Handlungsprozesse? Oiso eben im Verlauf von da Betreuung, wie mochst du des fia di söba?

B1: Hm . . oiso i reflektier des meistens eher in einem Team und besonders mit da Psychotherapeutin oiso mid dera mid dera oabeit i eigentlich am engsten zom und hob ah de de meisten Überschneidungen mit de Patienten u n d do föhd ma des scho oft, weil i jo a zweite Stelle hob ois Sozialarbeiterin, wo i in am Team bin mit laita Sozialarbeiter . do seg i scho de Nachteile do in da Primärversorgung wenn ma allane is, dass des fü schwieriger is einfoch zum . . . genau jo, in da Oabeit hoid einfach. Es wa oft einfocha, wenn ma wen hed, den was ma frong kunnt wo ma se austauschen könnte. . . genau und so . de Handlungsprozesse reflektieren, des passiert eher so laufend oiso iatst ned irgendwie so bestimmt . zu dem Zeitpunkt oda zu dem Zeitpunkt, sondan eher wirklich so laufend.

| Zeile | Paraphrase | Textrahmen/Intention | Lebensweltlicher Kontext | Interaktionseffekte | Systemeffekte |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 255-263 | Die Sozialarbeiterin reflektiert ihre Handlungsprozesse im Team und besonders mit der Psychotherapeutin, zu deren Patient*innen es die meisten Überschneidungen gibt. Sie merkt an, dass sie in ihrer Arbeit das Bedürfnis des Austausches mit der eigenen Berufsgruppe hätte und dies aus ihrer Sicht ein Nachteil im Primärversorgungszentrum ist, da sie dort die einzige Sozialarbeiterin ist. Sie gibt an, dass sie ihre Handlungsprozesse laufend reflektiert. | <ul style="list-style-type: none"> • Interviewte Person gibt an, dass sie sich mit der Psychotherapeutin austauscht, da es hier die meisten Überschneidungen gibt • In der Beantwortung kommt es zu längeren Denkpausen. • Sie äußert den Wunsch, sich mehr mit der Sozialarbeit auszutauschen. • In Primärversorgungszentren ist dies häufig nicht möglich, da es nur eine*n Sozialarbeiter*in gibt. • Handlungsprozesse werden laufend reflektiert | <ul style="list-style-type: none"> • Die Interviewte Person äußert den Bedarf, sich mit der eigenen Berufsgruppe austauschen zu wollen. • In der Praxis ist dies nur eingeschränkt möglich. • Es gibt Professionen, mit denen sie eher einen Austausch betreibt. • Wie Handlungsprozesse reflektiert werden, ist für sie klar. | <ul style="list-style-type: none"> • Die Sozialarbeiterin fühlt sich in ihren Möglichkeiten zum Austausch mit anderen Sozialarbeiter*innen eingeschränkt, für sie wäre dieser Austausch wichtig • Für sie gibt es keinen bestimmten Zeitpunkt der Reflexion der Handlungsprozess, dies geschieht laufend | <ul style="list-style-type: none"> • Der Austausch und die Reflexion der Handlungsprozesse könnte davon profitieren, wenn es mehrere Sozialarbeiter*innen in einem Primärversorgungszentrum gäbe. |

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Ramona Wagner**, geboren am **21.04.1999** in **Ried im Innkreis**, 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,

St. Pölten, am **03.05.2021**

Ramona Wagner

Ramona Wagner