

Die Rolle des biopsychosozialen Modells im Umgang mit Drehtürpatient*innen auf der Primärversorgungsebene

Gugler Sophie, 1610406011

Bachelorarbeit 2

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

Datum: 29.04.2019

Version: 1

Begutachterin: Veronika Böhmer, BA

Zusammenfassung

Die Forschungsarbeit beschäftigt sich mit der Umsetzung des biopsychosozialen Modells durch verschiedene Professionist*innen der Primärversorgungsebene und die Auswirkung auf den Umgang mit Drehtürpatient*innen. Als Datengrundlage wurden neun leitfadengestützte Interviews mit drei Allgemeinmediziner*innen, zwei Psychotherapeutinnen, zwei Ordinationsassistentinnen, einer Sozialarbeiterin und einer Drehtürpatientin geführt. Die Auswertung der Daten erfolgte durch offenes Kodieren. Dabei zeigte sich, dass die einzelnen Professionist*innen das biopsychosoziale Modell als wesentlich für eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung ansehen. Obwohl alle der Meinung sind, dass es bei ihnen realisiert wird, wurde ersichtlich, dass die Umsetzung teilweise mangelhaft ist. Das hat zur Folge, dass den Patient*innen nicht so gezielt geholfen werden kann, wodurch die Entstehung eines Drehtüreffekts begünstigt wird.

Abstract

This research work addresses the implementation of the biopsychosocial model through various primary healthcare professionals and its effect on dealing with revolving door patients. Nine guided interviews with three general practitioners, two psychotherapists, two doctor's receptionists, one social worker and one revolving door patient were conducted as data basis. The analysis of the data was carried out by open coding. In the process it revealed, that the individual professionals understand the biopsychosocial model as crucial for a holistic health care. Even though all of them consider that it is implemented in their working environment, it became apparent that the implementation is partly deficient. As a consequence, the patients cannot be supported that precisely, whereby the emergence of a revolving door effect is promoted.

Inhalt

1	Themeninteresse	5
1.1	Das biopsychosoziale Modell in Primärversorgungszentren.....	6
2	Forschungskontext	7
2.1	Vorannahmen	7
2.2	Forschungsrelevante Begriffe.....	7
2.2.1	Biopsychosoziales Modell	7
2.2.2	Drehtüreffekt.....	8
2.2.3	Primärversorgung	8
2.3	Forschungsfragen.....	9
2.3.1	Hauptforschungsfrage	10
2.3.2	Subforschungsfragen	10
3	Forschungsmethoden	10
3.1	Leitfadengestützte Interviews	10
3.1.1	Auswahl der Interviewpartner*innen.....	11
3.2	Offenes Kodieren.....	11
4	Ergebnisse	12
4.1	Einflussfaktoren auf die biopsychosoziale Versorgung	12
4.1.1	Ressourcen.....	12
4.1.2	Gesundheitskompetenz.....	13
4.1.3	Versorgungsangebot – Aufklärung, Nachfrage und Forderung	14
4.1.4	Intradisziplinarität.....	16
4.2	Charakteristika von Interdisziplinarität.....	16
4.2.1	Professionelle Grenzen und Spezialisierung.....	16
4.2.2	Weitervermittlung.....	18
4.2.3	Zusammenarbeit.....	20
4.2.4	Bedeutung für die Versorgung.....	21
4.3	Gesundheit im biopsychosozialen Modell	22
4.3.1	Verständnis von Gesundheit und vom biopsychosozialen Modell	22
4.3.2	Umsetzung und Auswirkungen des biopsychosozialen Modells.....	23
4.4	Begleiterscheinungen des Drehtüreffekts	24
4.4.1	Präsentierte Probleme, tatsächliche Probleme	24
4.4.2	Verständnis und Ursachen des Drehtüreffekts.....	25
4.4.3	Auswirkungen des Drehtüreffekts und Vorgehensweise.....	26
4.5	Sozialarbeit in der Primärversorgung	27
4.5.1	Spezialisierung oder Generalisierung als Voraussetzung.....	27
4.5.2	Notwendigkeit	29

5	Resümee	30
5.1	Beantwortung der Forschungsfragen	30
5.2	Empfehlungen & Ausblick.....	32
	Literatur	34
	Daten	36
	Abkürzungen	36
	Abbildungen	36
	Anhang.....	37
	Eidesstattliche Erklärung	42

1 Themeninteresse

Im Rahmen des Forschungsprojekts „Sozialarbeiterische Handlungskonzepte bei wiederholter Inanspruchnahme im Gesundheitswesen“ geht es um Drehtürpatient*innen und die dahingehenden Interventionsmöglichkeiten von Sozialarbeit. Die vorliegende Arbeit setzt sich auf der Ebene der Primärversorgung mit der Rolle des biopsychosozialen Modells im Umgang von verschiedenen Professionist*innen mit Drehtürpatient*innen auseinander. Damit einhergehend soll erforscht werden, welche Position Sozialarbeit dabei einnimmt und welche Auswirkungen sozialarbeiterische Betreuung auf die Gesundheit von (Drehtür-)Patient*innen haben kann. Die Relevanz des Forschungsinteresses wird ersichtlich, wenn die Ausführungen in der Erklärung von Alma Ata aus dem Jahr 1978 berücksichtigt werden. Diese Erklärung wurde im Rahmen einer internationalen Konferenz der WHO über Primärversorgung beschlossen und umfasst in Punkt eins folgende Gesundheitsdefinition:

„Die Konferenz bekräftigt mit Nachdruck, dass Gesundheit, die der Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen ist, ein grundlegendes Menschenrecht darstellt und dass das Erreichen eines möglichst guten Gesundheitszustands ein äußerst wichtiges weltweites soziales Ziel ist, dessen Verwirklichung Anstrengungen nicht nur der Gesundheitspolitik, sondern auch vieler anderer sozialer und ökonomischer Bereiche erfordert.“ (WHO 1978:1)

Somit wird festgelegt, dass Gesundheit nicht nur den körperlichen, sondern auch den psychischen und den sozialen Aspekt umfasst, also dem biopsychosozialen Modell entspricht. Dabei wird auch impliziert, dass diese drei Ebenen zusammenhängen und einander beeinflussen. Gesundheit wird hier als grundlegendes Menschenrecht bezeichnet, für das die jeweilige Regierung die Verantwortung trägt, wie in Absatz 5 verankert ist:

„Die Regierungen sind für die Gesundheit ihrer Bevölkerung verantwortlich; dieser Verpflichtung können sie nur durch geeignete Maßnahmen auf dem Gebiet des Gesundheits- und Sozialwesens nachkommen. Ein zentrales soziales Ziel für Regierungen, internationale Organisationen und die Weltgemeinschaft insgesamt sollte in den kommenden Jahrzehnten darin bestehen, allen Völkern der Welt bis zum Jahr 2000 ein Gesundheitsniveau zu ermöglichen, das ihnen erlaubt, ein gesellschaftlich aktives und wirtschaftlich produktives Leben zu führen. Die primäre Gesundheitsversorgung ist der Schlüssel zur Verwirklichung dieses Ziels im Rahmen einer Entwicklung im Sinne sozialer Gerechtigkeit.“ (ebd.:1)

Dieser Prämisse folgend muss jede Regierung dafür Sorge tragen, dass es Primärversorgungsangebote gibt, die der Gesundheit in ihrer biopsychosozialen Ausformung gerecht werden (vgl. ebd.:1). Aufgrund der zunehmenden Überlastung der sekundären Versorgungsebene durch steigende Patient*innenzahlen und den ungehinderten Zugang zu Krankenhäusern, wurde im Rahmen der Bundes-Zielsteuerungskommission 2014 das „Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich“ entwickelt. Als Leitziel wird darin die Stärkung der Primärversorgungsebene, also der Allgemeinmedizin und der Primärversorgungseinheiten, benannt. Um die Umlenkung von der sekundären auf die primäre Versorgungsebene durchsetzen zu können, müssen die Angebote der Primärversorgungsebene wohnortnahe und niederschwellig, sowie ohne lange Wartezeiten und unnötige Wege konzipiert sein. Diese Ziele sollen durch die Attraktivierung der Allgemeinmedizinseinheiten

im ländlichen Raum und den Ausbau von Primärversorgungseinheiten erreicht werden, wobei keine der beiden Säulen die andere ersetzen soll (vgl. BMASGK 2014:5-7).

1.1 Das biopsychosoziale Modell in Primärversorgungszentren

Hier wird nicht explizit auf allgemeinmedizinische Ordinationen eingegangen, da davon ausgegangen wird, dass die Abläufe dort allgemein hin bekannt sind. Primärversorgungszentren hingegen stehen erst in der Ausbauphase.¹ Neben der Erklärung von Alma Ata unterliegen diese Zentren durch das Primärversorgungsgesetz der Verpflichtung eine biopsychosoziale Versorgung zu gewährleisten, wie nachstehend festgehalten ist:

„Durch die Primärversorgungseinheit ist im Sinne des § 2 Abs. 1 bis 3 eine breite diagnostische, therapeutische und pflegerische Kompetenz mit (Zusatz-)Kompetenzen insbesondere für [...] 4. die psychosoziale Versorgung, abzudecken.“ (PrimVG, §5 (1) Z4)

In diesem Gesetzesauszug wird die Verpflichtung zur psychosozialen Versorgung zwar explizit angeführt. In §2, Absatz 3 desselben Gesetzes ist jedoch verankert, dass sonstige Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen rein bedarfsabhängig beizuziehen sind:

„(2) Die Primärversorgungseinheit hat jedenfalls aus einem Kernteam, das sich aus Ärztinnen und Ärzten für Allgemeinmedizin und Angehörigen des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege zusammensetzt, zu bestehen. [...] (3) Orts- und bedarfsabhängig sind weitere Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen und Einrichtungen, in denen solche Personen beschäftigt werden, von der Primärversorgungseinheit verbindlich und strukturiert einzubinden. Als solche kommen insbesondere Hebammen, Psychologinnen und Psychologen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflege, die im Medizinische Assistenzberufe-Gesetz und im Medizinischer Masseur- und Heilmasseurgesetz geregelten Berufe und die gehobenen medizinisch-technischen Dienste in Betracht sowie gegebenenfalls die Kooperation mit öffentlichen Apotheken.“ (PrimVG, §2 (2-3))

Aus diesem Gesetzesabschnitt kann herausgelesen werden, dass ausschließlich beim biologischen Aspekt des biopsychosozialen Modells eine vollumfängliche Versorgung vorgesehen ist und gewährleistet werden kann. Bei Berücksichtigung des Zusammenhangs zwischen physischer, psychischer und sozialer Ebene stellt sich daher die Frage, ob die völlige (Wieder-)Erlangung der Gesundheit in einem derartigen System überhaupt möglich ist. Diese Frage wird umso vordringlicher, wenn bedacht wird, dass die Vertreter*innen der psychischen und sozialen Ebene dem „bedarfsabhängigen“ Beiziehen von Ärzt*innen bedürfen. Dadurch wird eine gewisse Abhängigkeit der angesprochenen Berufsgruppen vom Wissensstand der zuweisenden Ärzt*innen über die Kompetenzen anderer Professionen offenkundig. Vor diesem Hintergrund soll erforscht werden, welches Verständnis die auf der Primärversorgungsebene arbeitenden Professionist*innen vom biopsychosozialen Gesundheitsmodell nach George L. Engel haben und wie sie es im Umgang mit Drehtürpatient*innen umsetzen.

¹ Das biopsychosoziale Modell kann zwar auch in allgemeinmedizinischen Ordinationen durch gezielte Vernetzung und Kooperation verschiedener Gesundheitsdienstleister*innen praktiziert werden. Das Hauptaugenmerk der Arbeit lag jedoch auf Primärversorgungszentren, da die Annahme bestand, dass eine biopsychosoziale Gesundheitsversorgung hier gezielter und intensiver umgesetzt werden kann.

In weiterer Folge sollen die gewonnenen Erkenntnisse als Anregung für die in der Primärversorgung tätigen Professionist*innen dienen.

2 Forschungskontext

In diesem Kapitel werden die Hypothesen, die am Beginn der Forschung entwickelt wurden, sowie forschungsrelevante Begriffe erläutert. Weiters werden die Forschungsfragen angeführt.

2.1 Vorannahmen

Im Fokus der vorliegenden Bachelorarbeit steht das biopsychosoziale Gesundheitsmodell sowie die Annahme, dass bei der Primärversorgung ein starker Fokus auf der Versorgung der physischen Ebene liegt. Die Anteile psychischer und sozialer Einflussfaktoren auf die Gesundheit eines Menschen werden dahingegen als vernachlässigt angesehen. Ergänzend dazu entstand im Zuge mehrerer einschlägiger Veranstaltungsbesuche der Eindruck, dass die verfügbaren finanziellen Ressourcen teilweise knapp bemessen zu sein scheinen. Im Sinne einer ganzheitlichen Primärversorgung wird das Budget, das zur Verteilung auf die verschiedenen Berufsgruppen verfügbar ist, als möglicherweise unzureichend wahrgenommen. Dies könnte zur Folge haben, dass bestimmte Angebote gar nicht oder nur in sehr geringem Ausmaß vorhanden sind, was zu einer Unterversorgung in bestimmten Bereichen führen könnte. Bei der vorliegenden Arbeit wird davon ausgegangen, dass eine derartige Überordnung des Faktors Effizienz über den Faktor Qualität das gesamte Konzept einer biopsychosozialen Primärversorgung gefährden kann, weil physische, psychische und soziale Aspekte als einander beeinflussend verstanden werden. Demnach würde die Unterversorgung einer Ebene eine Unterversorgung aller Ebenen nach sich ziehen. Darüber hinaus wird vermutet, dass die zuweisenden Allgemeinmediziner*innen den tatsächlichen Bedarf an Leistungen anderer Professionen nicht vollends einschätzen können. Als mögliche Ursachen werden eine vermutete mangelnde Auseinandersetzung mit den Kompetenzen anderer Berufsgruppen im Rahmen des Studiums sowie der Zeitdruck, unter dem die Ärzt*innen stehen, angesehen.

2.2 Forschungsrelevante Begriffe

In diesem Kapitel werden die Termini biopsychosoziales Modell, Drehtüreffekt und Primärversorgung definiert, da davon ausgegangen wird, dass sie für das Verständnis der Forschungsarbeit essenziell sind.

2.2.1 Biopsychosoziales Modell

Köchert, Ta und Wojtal zufolge wurde das biopsychosoziale Modell von dem Psychiater George L. Engel entwickelt. Bevor er es veröffentlichte, wurden die Medizin und somit auch

die Auffassung von Gesundheit und Krankheit von einer biomedizinischen Sichtweise dominiert. Zu dieser Zeit wurde der menschliche Körper noch als triviale Maschine begriffen. Daraus resultierte ein dichotomisierendes Verständnis des menschlichen Körpers, wobei Körper und Geist als vollkommen unabhängig voneinander wahrgenommen wurden. Folglich wurde davon ausgegangen, dass die Beeinflussung psychischer und sozialer Aspekte ohnehin keine Auswirkung auf die Gesundheit eines Menschen haben kann. Daraufhin entwickelte George L. Engel das biopsychosoziale Modell, weil er die Berücksichtigung psychischer und sozialer Aspekte in die Medizin integrieren wollte. Sein Ansatz erlaubt also eine ganzheitliche Betrachtung der Menschen und ihrer Gesundheitssituation, weil er sowohl physische als auch psychische und soziale Aspekte als voneinander abhängige Einflussfaktoren auf die Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit begreift (vgl. Köchert et al. 2016:20-22). In dieser Arbeit wird davon ausgegangen, dass Gesundheits- und Krankheitszustände Abbilder des Zusammenspiels von körperlicher, psychischer und sozialer Ebene sind. Demnach kann sich die Gesundheit einer Person nicht nachhaltig verbessern, wenn lediglich auf einen oder zwei der drei Gesundheitsfaktoren eingegangen wird.

2.2.2 Drehtüreffekt

Die folgende Definition wurde im Rahmen des gemeinsamen Forschungsprojekts erstellt: Der metaphorische Begriff „Drehtüreffekt“ wird in diesem Projekt verwendet, um wiederholte Hilfeanfragen durch Patient*innen an Allgemeinmediziner*innen, Primärversorgungseinrichtungen, Notruf- und Rettungsdienste oder Krankenhäuser in kurzen Zeiträumen (trotz Intervention) zu veranschaulichen. Es wird davon ausgegangen, dass diesem Effekt neben strukturellen Problemen unterschiedlichste persönliche Nöte wie Obdachlosigkeit, Einsamkeit, psychiatrische Problemlagen oder Überforderung im Bereich Betreuung und Pflege zugrunde liegen können. Die Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeiter*innen und anderen Gesundheitsberufen könnte ganzheitliche und nachhaltige Versorgungsmöglichkeiten mit Betroffenen identifizieren und eine gemeinsame Fallplanung ermöglichen.

2.2.3 Primärversorgung

Gemäß der Erklärung von Alma Ata ist unter Primärversorgung ein Konzept zu verstehen, das eine grundlegende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zum Ziel hat. Sie stellt die erste Ebene dar, an der Patient*innen an das Gesundheitssystem andocken und ist somit als eine von dessen wesentlichen Aufgaben anzusehen. Wie bereits erwähnt, sind die Regierungen der einzelnen Staaten dazu verpflichtet, Konzepte für die Umsetzung der Primärversorgung zu entwickeln und in die Umsetzung dieser zu investieren. Die einzelnen Patient*innen mit ihren jeweiligen Lebensbedingungen, dem Entwicklungsstand ihrer Wohnortländer und den daraus resultierenden Rahmenbedingungen, müssen demnach im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen, um eine individuelle Primärversorgung für alle Menschen ermöglichen zu können. Um eine adäquate Versorgung aller Patient*innen sicherstellen zu können, bedarf es eines nachhaltigen Umgangs mit den vorhandenen Ressourcen, indem diese effektiv eingesetzt und gerecht auf alle Menschen verteilt werden. Dadurch soll ein höheres Maß an Gleichberechtigung erlangt werden, sodass alle Bevölkerungsmitglieder ausreichend Anspruch auf und

Zugang zu den Leistungen des Gesundheitswesens haben. Ein weiteres Charakteristikum für Primärversorgung ist die Teilhabe der Patient*innen an ihrer Gesundheitsversorgung im Sinne der Zuerkennung ihrer Eigenverantwortung und Selbstbestimmung. Mithilfe von Aufklärung und Präventionsmaßnahmen durch Gesundheitsprofessionist*innen soll weiters die allgemeine Gesundheitskompetenz der Bevölkerung gestärkt werden. Um eine derartig umfassende Versorgung gewährleisten zu können, gilt es eine aktive und interdisziplinäre Zusammenarbeit zu etablieren. Als ebenso essenzielles Attribut dieses Konzepts wird eine flächendeckende, wohnortnahe, leistbare und kontinuierliche Form der Betreuung erachtet (vgl. WHO 1978:1-3).

Im Hinblick auf die Errichtung einer umfassenden Primärversorgungslandschaft gibt es laut Fischer und Schuppenlehner in Österreich noch Entwicklungspotenzial. Als Ursache für den Mangel an entsprechenden Angeboten kann die jahrelange Konzentration auf die Spezialisierung der Medizin und ihre technische Weiterentwicklung angesehen werden, die eine Zurücksetzung der Allgemeinmedizin nach sich gezogen hat. Erst als sich die Versorgungslücken auf der Primärversorgungsebene immer stärker abzeichneten, begannen die Verantwortungsträger*innen Gegenmaßnahmen zu ergreifen. Seitdem wird an einer Stärkung der Primärversorgung gearbeitet, wobei davon ausgegangen wird, dass vorerst Mehrkosten entstehen, die jedoch auf lange Sicht in einen „Return on Investment“ – eine nachhaltige Kostenreduktion – münden werden. Der Aus- und Umbau der Primärversorgung in Österreich stand erstmals im Rahmen der Gesundheitsreform 2013 auf der politischen Agenda. Im Zuge der Konzeptentwicklung von „Das Team rund um den Hausarzt“ wurden alle Stakeholder*innen² in den Entwicklungsprozess miteinbezogen. Im Rahmen einer weiteren Bundes-Zielsteuerungskommission stand 2017 die Etablierung einer umfassenden Primärversorgungslandschaft im Fokus. Das zugehörige Primärversorgungsgesetz, in dem die Rahmenbedingungen für Primärversorgungseinheiten verankert sind, wurde 2017 erlassen (vgl. Fischer / Schuppenlehner 2018:22-30). Diese Gesundheitszentren müssen wohnortnahe Erstanlaufstellen für die Patient*innen sein, in denen Leistungen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in Form einer ganzheitlichen, kontinuierlichen und koordinierten Gesundheitsversorgung angeboten werden. Das Versorgungsangebot soll sich dabei insbesondere auf Kinder und Jugendliche, ältere Menschen, chronisch Kranke und multimorbide Personen, die psychosoziale Betreuung, Arzneimittelmanagement sowie Gesundheitsförderung und präventive Angebote konzentrieren. Um diesen Ansprüchen gerecht werden zu können, setzt sich das Primärversorgungsteam aus Angehörigen mehrerer Gesundheits- und Sozialberufe zusammen, die individuell auf die Patient*innen eingehen, aufsuchend tätig und auch an Tagesrandzeiten erreichbar sein sollen (vgl. BMASGK 2014:5-16).

2.3 Forschungsfragen

Nach intensiver Auseinandersetzung mit dem Forschungsinteresse konnten folgende Forschungsfragen generiert werden.

² Stakeholder*innen sind Menschen und Institutionen, die ein berechtigtes Interesse am Verlauf und / oder Ergebnis eines Projekts haben, weil sie es beeinflussen können, daran beteiligt oder davon betroffen sind (vgl. Kusay-Merkle 2018:95-96).

2.3.1 Hauptforschungsfrage

- Wie setzen verschiedene Professionist*innen der Primärversorgungsebene das biopsychosoziale Modell um und wie wirkt sich das auf ihren Umgang mit Drehtürpatient*innen aus?

2.3.2 Subforschungsfragen

- Wie wird das biopsychosoziale Modell von verschiedenen Professionist*innen der Primärversorgungsebene im Hinblick auf Drehtürpatient*innen verstanden und eingeschätzt?
- Welches Verständnis von Drehtürpatient*innen haben die verschiedenen Professionist*innen der Primärversorgungsebene?
- Wie unterscheidet sich der Umgang verschiedener Professionist*innen der Primärversorgungsebene mit Drehtürpatient*innen im Vergleich zum Umgang mit anderen Patient*innen?
- Welche Rolle spielt Soziale Arbeit aus Sicht der Befragten auf der Primärversorgungsebene im Umgang mit Drehtürpatient*innen?

3 Forschungsmethoden

Im folgenden Kapitel werden die verwendete Erhebungsmethode, die Auswahl der Interviewpartner*innen sowie die eingesetzte Auswertungsmethode beschrieben.

3.1 Leitfadengestützte Interviews

Um die benötigten Daten erheben zu können, wurden acht Expert*innen- und ein Patient*inneninterview geführt. Nach Flick werden bei dieser Art von Interviews Fragen in Form eines Leitfadens formuliert, sodass darin alle für die Forschung relevanten Daten umfasst werden. Während des Interviews soll der Leitfaden auf die interviewende Person eine orientierende Wirkung ausüben. Dennoch kann von Reihenfolge und Wortlaut des Leitfadens abgewichen werden, um eine authentische Interviewsituation sicherstellen zu können. Ziel dabei ist es, die individuelle Sicht der befragten Person auf den Forschungsgegenstand zu erheben. Obwohl ein Leitfaden das Interview strukturiert, sollte das Interview dennoch so gestaltet sein, dass die Interviewten so frei wie möglich antworten können. Wenn bestimmte für die Forschung relevante Aspekte unbeantwortet geblieben sind, kann die Interviewleitung dahingehend immanent nachfragen (vgl. Flick 2016:113-115).

Für die vorliegende Bachelorarbeit wurden leitfadengestützte Expert*inneninterviews gewählt, weil schon vor der Datenerhebung Hypothesen vorlagen, anhand derer die Interviewfragen des Leitfadens entwickelt wurden. Somit konnte gewährleistet werden, dass alle für die Beantwortung der Forschungsfragen relevanten Daten erhoben wurden. Da die verschiedenen Professionist*innen der Primärversorgungsebene als Expert*innen betrachtet wurden, war es jedoch auch notwendig, die Interviewsituation so offen wie möglich zu gestalten. Dadurch konnten sie ihre individuelle Sichtweise und fachliche Meinung im Hinblick auf die Umsetzung des biopsychosozialen Modells darlegen. Für die Interviews mit zwei Patient*innen und einem Angehörigen wurde gemeinsam mit zwei Kolleginnen des Projektteams ein möglichst offen gehaltener Leitfaden in leichter Sprache erstellt. So konnten die Befragten ihre persönlichen Erfahrungen und Ansichten mitteilen. Um den Leser*innen einen Einblick zu gewähren, wurden dem Anhang ein Leitfaden und ein Transkriptausschnitt beigelegt.

3.1.1 Auswahl der Interviewpartner*innen

Die Auswahl der Interviewpartner*innen erfolgte aufgrund von zwei Überlegungen. Einerseits sollte der biopsychosoziale Ansatz auch bei der Gruppe der Befragten widerspiegelt werden, weshalb Vertreter*innen der drei Ebenen Physis, Psyche und Soziales interviewt wurden. Andererseits wurde es als relevant erachtet, einen Vergleich zwischen der Situation in Primärversorgungseinrichtungen mit und ohne integrierter Sozialarbeit anstellen zu können. So konnten potenzielle Unterschiede in Verständnis und Realisierung des biopsychosozialen Modells sowie im Verhalten gegenüber Drehtürpatient*innen abgeleitet werden.

Die Forschung erfolgte in mehreren Primärversorgungszentren in Österreich. Als weiterer Forschungsort wurde eine allgemeinmedizinische Praxis ausgewählt, da dort der Zugang zu Patient*innen ermöglicht wurde. Insgesamt wurden drei Ärzte, zwei Psychotherapeutinnen, eine Sozialarbeiterin, zwei Ordinationsassistentinnen und eine Patientin interviewt. Die Ärzte sollten die biologische Ebene, die Psychotherapeutinnen die psychische Ebene und die Sozialarbeiterin sowie die Ordinationsassistentenkräfte (aus einem Mangel an Sozialarbeit in bestehenden Primärversorgungseinrichtungen heraus) die soziale Ebene abbilden.³ Die Ordinationsassistentinnen wurden dort, wo es keine Sozialarbeit gab, als Vertreterinnen der sozialen Ebene angesehen, da davon ausgegangen wurde, dass soziale Probleme dann primär an sie herangetragen werden.

3.2 Offenes Kodieren

Als Auswertungsmethode für die erhobenen Daten wurde das offene Kodieren aus der Grounded Theory herangezogen. Nach Strauss und Corbin wird darunter ein „Prozeß des Aufbrechens, Untersuchens, Vergleichens, Konzeptualisierens und Kategorisierens von

³ Damit ist nicht gemeint, dass ausschließlich die Professionen Sozialarbeit, Psychotherapie, Medizin und Ordinationsassistenten eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung sicherstellen können. Um dieses Ziel zu erreichen, braucht es die anderen Gesundheitsberufe ebenso. In der vorliegenden Arbeit lag der Fokus jedoch auf den erwähnten Professionen, da die Forschung sonst zu umfassend geworden wäre.

Daten“ (Strauss / Corbin 1996:43) verstanden. Dabei soll anhand der zuvor generierten Daten ein interessierendes Phänomen untersucht und in Form von Konzepten klassifiziert werden. Indem in Bezug auf das Phänomen Fragen formuliert und Vergleiche angestellt werden, können die zuvor erstellten Konzepte aufgespalten, im Detail untersucht und daraus resultierend erste Hypothesen hinsichtlich des Phänomens aufgestellt werden. Aus diesen Vorannahmen können Schlussfolgerungen abgeleitet werden, die wiederum die Datenerhebung strukturieren und zur Revision der Hypothesen beitragen (vgl. ebd.:43-44). Im Zuge dieses Auswertungsprozesses werden Kode-Notizen verschriftlicht, die der Spezifizierung der zuvor entwickelten Interpretationen und der Beantwortung der Forschungsfragen dienen (vgl. ebd.:54).

Das offene Kodieren wurde für die vorliegende Arbeit als geeignet betrachtet, weil durch die detaillierte Analyse der Konzepte ein Reflexionsprozess angeregt werden konnte, der zur Generierung verschiedener Interpretationsmöglichkeiten beigetragen, aber auch ein kritisches Hinterfragen der aufgestellten Annahmen ermöglicht hat. Dadurch ist eine Mehrperspektivität entstanden, die verhindert hat, dass einseitige Hypothesen aufgestellt werden. Um eine gewisse Transparenz sicherzustellen, wurde der Arbeit ein Auswertungsausschnitt angehängt.

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die aussagekräftigsten Ergebnisse der Forschung dargestellt.

4.1 Einflussfaktoren auf die biopsychosoziale Versorgung

Bei einer biopsychosozialen Gesundheitsversorgung gibt es mehrere ineinandergreifende Aspekte, die sich gegenseitig beeinflussen. Die konstatierten Einflussfaktoren gliedern sich in die vier Subkapitel Ressourcen, Gesundheitskompetenz, Versorgungsangebot – Aufklärung, Nachfrage und Forderung sowie Intradisziplinarität.

4.1.1 Ressourcen

Den Interviewten zufolge wirken sich die vorhandenen oder nicht vorhandenen Ressourcen essenziell auf die Sicherstellung einer ganzheitlichen Gesundheitsversorgung aus. Die befragte Patientin schreibt der Ressource Zeit eine wichtige Rolle zu, weil sich die Professionist*innen „[...] trotz de fün Leid nu Zeit [nehmen], dass a weng redn mid de Leid. [...] Du bist ned grod a Numma.“ (T8 2019:Z.47-49). Einer der interviewten Ärzte führt die Entstehung des Drehtüreffekts unter anderem sogar auf Zeitdruck zurück. Er ist der Meinung, dass besonders die anfängliche Investition von Zeit in der Betreuung, insgesamt betrachtet sogar Zeit sparen kann, weil sich die betroffenen Personen dann wirklich wahr- und ernstgenommen fühlen (vgl. T1 2019:Z.112-124). Folglich steht der Faktor Zeit in direktem Zusammenhang mit den personellen Ressourcen einer Gesundheitseinrichtung, die ihrerseits anhand der verfügbaren

finanziellen Ressourcen bemessen werden. Die gesamten vorhandenen Ressourcen einer Gesundheitseinrichtung sind demnach abhängig von der Patient*innenanzahl und dem bereitgestellten Budget der Geldgeber*innen, wie nachstehend herausgelesen werden kann:

„Und daun haums gsogt, >Oke, ihr griegts, ah, ihr griegts 10.000 € für de Sozialorweiterin und ihr griagts 10.000 € für die Psychotherapeutin im Jahr⁴ [...]..im Jahr.< Najo und daun hauma hoid runtergerechnet wos heißt des, ahh, wenn ma hoid irgendwie die, die üblichen Gehälter zoid, wos heißt des. Und des hod geheißen, dass wir für 8 Wochenstunden eine Psychotherapeutin haum und für 8 Wochenstunden eine Sozialorweiterin, jo, wobei do natürlich in de 8 Stunden kaunst daun nu de gaunze Dokumentation und so weiter, oiso..auf da Handlungsebene ganz ganz wenig, ganz ganz wenig, jo.“ (T4 2019:Z.71-80)

Aus diesem ärztlichen Zitat lässt sich aufgrund des eingeschränkten Ausmaßes an Interdisziplinarität schlussfolgern, dass die zeitlichen, personellen und finanziellen Ressourcen wesentlichen Einfluss auf die Effektivität einer biopsychosozialen Gesundheitsversorgung haben, wie durch Rosentreter und Pundt bestätigt wird:

„[...] ein Gesprächsverhalten, das es den Patienten [sic!] ermöglicht, ihre Fragen, Erwartungen und Befürchtungen mitzuteilen und sowohl die gewünschte Information als auch emotionale Unterstützung zu erhalten, geht mit positiven Folgen einher [...].“ (Rosentreter / Pundt 2014:237-238)

Sowohl im literarischen als auch im Diskurs unter Praktiker*innen, und bei der Patientin herrscht die Meinung, dass die vorhandenen Ressourcen ausschlaggebend für die Wirksamkeit der Patient*innenbetreuung sind.

4.1.2 Gesundheitskompetenz

Im Rahmen des bei Schaeffer und Pelikan (vgl. 2017:15) vorgestellten Europäischen Health-Literacy-Survey wurde folgende Definition für Gesundheitskompetenz entwickelt:

“Health literacy is linked to literacy and entails people's knowledge, motivation and competences to access, understand, appraise, and apply health information in order to make judgments and take decisions in everyday life concerning healthcare, disease prevention and health promotion to maintain or improve quality of life during the life course.” (Sørensen et al. 2012:3)

Die oben erwähnte Umfrage ergab, dass 47,6 % der deutschsprachigen Befragten ein begrenztes Maß an Gesundheitskompetenz aufweisen, weshalb die Stärkung dieser Kompetenz in Österreich als Gesundheits-Rahmenziel festgesetzt wurde (vgl. Schaeffer / Pelikan 2017:7-15). Die Umfrageerkenntnisse spiegeln sich auch in den Statements einer Sozialarbeiterin und einer Psychotherapeutin wider:

„[...] waun ma des Voiksschülern scho beibringt, oiso Gesundheitskompetenz ghead aun politisch höchsta Stö, ah..installiert, und im gaunz Kloan aungfaugt.“ (T3 2019:Z.61-63)

„[...] a so des eigene, de eigene Wirksamkeit, ahm, wieda bewusst mochn.“ (T2 2019:Z.188)

⁴ Alle Wörter mit Unterstreichung wurden von den Interviewpartner*innen besonders betont.

Das zweite Zitat folgt dem Ansatz des Empowerments, der nach Kickbusch die zweite Säule von Gesundheitskompetenz bildet. Demnach liegt die Verantwortung zu deren Stärkung auch bei den Organisationsstrukturen (Mesoebene) und bei der Gesundheitspolitik eines Staats (Makroebene) (vgl. Kickbusch 2016:7-8). Den vorigen Aussagen gegenüber gibt es zwei Zitate, in denen ein ausreichendes Maß an Gesundheitskompetenz für gegeben gehalten wird:

„[...] oiso de Patientn, de meisten wissen eigentlich schon sehr genau, ob sie jetztan in die Physiotherapie wollen oda, oda in die Psychotherapie oda in Ernährungsberatung, ah..oda ob sie jetzt zu einem Arzt wollen. [...] oiso des sind eigentlich bei uns Patientn, de des eigentlich sehr wohl gut selber ein, auch einschätzen können, jo.“ (T7 2019:Z.87-92)

„I deafad hoid goa nix mea oawatn, owa >Ahh!<, des hoid i ned aus.“ (T8 2019:Z.84)

Bei der ersten Aussage einer Psychotherapeutin stellt sich die Frage, ob sich der Wille der Patient*innen mit dem tatsächlichen Versorgungsbedarf deckt. Das zweite Statement stammt von einer Patientin, die sich nach eigenen Angaben durchaus darüber bewusst ist, dass sie sich schonen müsste, damit ihre Schmerzen aufhören. Dennoch hält sie das nicht aus, wodurch verständlich wird, dass nicht bloß Gesundheitskompetenz ausschlaggebend für die Gesunderhaltung ist. Wie das folgende ärztliche Zitat zeigt, beweisen Patient*innen durchaus Gesundheitskompetenz, wenngleich das nicht immer auf den ersten Blick ersichtlich ist:

„[...] dasma jetzta ois Oazt zu wenig Zeit hod und da Patient dadurch nu ned des Gefühl hod, der Oazt hod jetz wirklich vastaundn ah, wosma föhd [...] und dadurch gehtma weg und daun sogtma >Jetzt howi grod nu a Medikament griagt, owa, i, jetz bini ma goa ned sicha soi i des nehma oda ned und daun jo, jetzt geh i hoid nuamoi zum Oazt.<, na.“ (T1 2019: Z.113-118)

Daraus kann interpretiert werden, dass die betroffenen Personen spüren, dass sie nicht die benötigte Versorgung erhalten haben, weshalb sie erneut das Gesundheitssystem aufsuchen. Dadurch beweisen sie ein hohes Maß an Ausdauer und Selbstfürsorge. Die Tatsache, dass sie nicht die für sie geeignete Versorgungsleistung gefunden haben, muss nicht zwingend an mangelnder Gesundheitskompetenz liegen, sondern kann auch auf das System und seine Unübersichtlichkeit zurückgeführt werden. Demnach bedarf es einer leichteren Zugänglichkeit sowie einer Aufklärung über das vorhandene Betreuungsangebot.

4.1.3 Versorgungsangebot – Aufklärung, Nachfrage und Forderung

Im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgungslandschaft spielt die Aufklärung über die Vielzahl an Gesundheitsangeboten, die verschiedenen dort agierenden Professionen und deren Zuständigkeiten eine große Rolle. Die Statements eines Arztes und eines Sozialarbeiters sollen jene Relevanz verdeutlichen:

„[...] oiso des hast es is do a sicha a, ein Bildungsauftrag für die Bevölkerung – den versuachn wir a, ah, umzusetzen [...] Durch Aufklärung, durch, durch Projekte de-de do lauffn, dass de Menschn ah, s-söwa a Gesundheitskompetenz entwickln, mid kleineren Problemen eigentlich a söwa fertig wern u-u-und auch wissen >Wenn i des Problem hob, daun geh i duat hi und daun wasi, do gibt's a Lösung dafia.<“ (T1 2019:Z.344-350)

„Das heißt, es braucht eine Information über das Angebot, wo drinnen steht, bei welchen Indikationen denn das Sinn macht. Weil die Leute sich sonst nicht orientieren können. Es

braucht eine Vorfeld-Information in den Medien a, auf der Homepage sagt, ok, >Wir haben Sozialarbeit<.“ (T10 2019:Z.513-516)

In der Gesellschaft herrschen nach wie vor ein Mangel an Wissen über psychosoziale Versorgungsangebote sowie ein daraus resultierendes Stigma, welches die Wahrscheinlichkeit einer Nutzung dieser Leistungen verringert. Dadurch suchen viele Menschen die benötigten Unterstützungsangebote erst auf, wenn der Leidensdruck so hoch ist, dass sie ihre Situation nicht mehr ignorieren können (vgl. T2 2019:Z.95-99). Der Wissensmangel wurde auch von einer Psychotherapeutin, einem Sozialarbeiter und einer Patientin konstatiert:

„Oiso es gibt wöche, de haum irgendwie goa ka Vorstellung [von Psychotherapie; d. Verf.in] [...]“. (ebd.:Z.171-172)

„[...] ganz viele Patienten habe, die total überrascht sind darüber welches Angebot, in welchem Umfang es hier ein Angebot sozialer Betreuung gibt. Und dass sie wieder, dass es nicht einmalig ist, dass es kostenlos ist, dass sie wiederkommen können, und dass es noch auf vielen Ebenen Angebote gibt. Also die Leute sein wirklich immer sehr, meistens sehr überrascht und es deutet darauf hin, dass sie wenig Vorstellung darüber haben.“ (T10 2019:Z.481-486)

„[Auf die Frage ob sie weiß, wofür Sozialarbeit zuständig ist; d. Verf.in] Na. [...] Na und und wo miassad ma si do hiwendn?“ (T8 2019:Z.159-164)

Diese Unwissenheit scheint jedoch nicht aus einem Desinteresse für alternative Betreuungsangebote zu resultieren, da die Patientin von sich aus nachfragt, wo sich eine Anlaufstelle für Soziale Arbeit finden lässt. Das Wissen über ein Angebot ist also eine Voraussetzung für dessen Nutzung beziehungsweise die bewusste Entscheidung dafür oder dagegen. Das wird auch durch die Aussagen eines Arztes und einer Ordinationsassistentin evident:

„[...] sie nehman einfoch daun waunma eana wos aunbietet des-des aus unserer Erfahrung gaunz problemlos aun.“ (T1 2019:Z.260-261)

„[...] Sozialarbeiterin is von da Nachfrage her eigentlich ned wirklich [...] am Aufaung hatten wir eine Sozialorweiterin, owa es woa daun hoid do nu gaunz neu, und, und de is hoid daun relativ laung, ah, i sog amoi sinnlos dogsessn, oda songma arbeitslos, jo.“ (T5 2019:Z.107-112)

Unter Berücksichtigung der vorab aufgestellten Hypothese kann geschlussfolgert werden, dass es sich bei der im Zitat erwähnten Sozialarbeiterin so verhalten hat, dass die Patient*innen nichts über das Angebot wussten und es deshalb nicht genützt haben. Die aktive Forderung von Patient*innen nach anderen Versorgungsangeboten kommt ab und zu bis gar nicht vor, wie die Aussagen einer Ordinationsassistentin und eines Allgemeinmediziners zeigen:

„[...] es kommt schon öfters vor, jo [...] na, es is nicht eine Ausnahme, owa es is ned so dasi sog jeda dritte Patient kommt [...]“. (ebd.:Z.101-104)

„[...] des hod owa auch nicht dazu geführt, dass do jetzt mehr fordern, so de Patientn, de kuman [...]“. (T1 2019:Z.259-260)

Als mögliche Gründe dafür, dass Patient*innen noch nicht von sich aus psychosoziale Gesundheitsangebote einfordern, sieht der Allgemeinmediziner ihre Verzweiflung und / oder Verdrängung. Laut ihm glauben sie, dass es für ihre Probleme keine Anlaufstellen gibt, oder sie wollen sich ihre „tatsächlichen“ Probleme nicht eingestehen (vgl. ebd.:Z.264-271).

4.1.4 Intradisziplinarität

Intradisziplinarität spielt eine wesentliche Rolle bei der Versorgung, wie die folgenden Zitate eines Allgemeinmediziners und einer Patientin verdeutlichen sollen.

„[...] wir san do in der, in der..guten Situation, dass hoid viele Ärzte bei uns orweitn und ah, und ah und de, a de sogeanuntn Drehtürpatientn ned imma bei mir san, sondan de san a amoi irgendwie bei an aundan Orzt, jo, und da aundare Orzt, ah, wiad daun vielleicht zu mir kumen und song >Du pass auf, irgendwie, ah, soitma do ned vielleicht amoi?<, und do, do merk i plötzlich, dass ich in diesem System a scho irgendwie einfoch Teil von so an, von so an [...] Kreislauf bin [...].“ (T4 2019:Z.308-316)

„Bi i zerscht..i woas ned in [...] gwen owa na es, i woa e ned so, jo wia ma's hoid eh eftas head und daun hod si des, howi Vorhofflimmern ghod [...] Und do woa da [...] ned do und bini do aussa gaunga und de haumdma wiakli ghoifa und, mh und >Na scho wieda a [...].< hoda gsogt. Howi gsogt na >I glaub I wa ned de Erschte wos wechsln duad, ned.< Hoda gsogt >Jo.< und bi scho aufgnuma gwen, jetz is mei Hausoazt.“ (T8 2019:Z.30-36)

Durch die Intradisziplinarität wird die Problemverortung um eine weitere fachliche Einschätzung ergänzt und die Patient*innen haben mehr Auswahlmöglichkeiten. In den beforschten Einrichtungen scheint jedoch nur teilweise ein Austausch mit Vertreter*innen der eigenen Profession vorhanden zu sein (vgl. T2 2019:Z.131-132) Alle Expert*innen, die in ihrem Arbeitsumfeld als einzige Vertretung ihrer Berufsgruppe agieren, sind demnach entweder gar nicht oder inoffiziell miteinander vernetzt. Dabei stellt sich jedoch die Frage, ob ein regelmäßiger Austausch mit Angehörigen der eigenen Profession für sie nicht ebenso erstrebenswert wäre. Eine ähnliche Ansicht beweisen Geißler-Piltz und Gerull, wenn sie am Beispiel Sozialarbeit erläutern, dass sich die einzelnen Professionist*innen oft als Einzelkämpfer*innen fühlen und für die benötigte Anerkennung und den fachlichen Austausch externe Kolleg*innen suchen (vgl. Geißler-Piltz / Gerull 2009:155).

4.2 Charakteristika von Interdisziplinarität

Dieser Abschnitt umfasst die vier Kapitel professionelle Grenzen und Spezialisierung, Weitervermittlung, Zusammenarbeit sowie Bedeutung für die Versorgung.

4.2.1 Professionelle Grenzen und Spezialisierung

Für die Kooperation mehrerer Berufsgruppen innerhalb eines Teams bedarf es professioneller Grenzen zwischen den Disziplinen. Die Bedeutung, die der Abgrenzung der Zuständigkeitsbereiche zukommt, wird durch die Zitate einer Sozialarbeiterin und eines Arztes verständlich:

„[...] >Kau i do höfn, kau wer aundara höfn?<, ah, wo daun Punkt Vernetzung a zuwakumd, oda >Wie weit geht mei ahm Kompetenz eigentlich, ah, ghead des was si do dahinter aufduad in mein Kompetenzbereich oda ned?< und gaunz oft is des da Foi, dass des daun ned in mein Kompetenzbereich ghead [...].“ (T3 2019:Z.183-186)

„Ja do glaub i muas ma scho obgrenzn, sie [die Ordinationsassistentin; d. Verf.in] betreut de Patientn, Patientn sozial mid [...] es is vielerlei, des is sehr sozial, soziales Feld würd i song, medizinisch versucht sie immer wieder sich einzumischen, [...] was durch ihre jahrelange Erfoarung beruht. Oba es is eigentlich ned ihr Gschäft muas ma song..oiso des mochn anfoch wir und des is a oke so, jo..muasma hoid immer wieder abgrenzen.“ (T6 2019:Z.265-274)

Dadurch zeigt sich, dass die verschiedenen Expert*innen durchaus für die Anerkennung professioneller Grenzen plädieren. Einerseits könnte das darauf beruhen, dass es ihnen wichtig ist den Patient*innen die bestmögliche Versorgung bieten zu können. Andererseits könnten sie der Meinung sein, dass es nicht umsonst Fachgebiete mit zugehörigen Ausbildungen gibt, bei denen sich die jeweiligen Professionist*innen fachspezifische Kompetenzen aneignen, die ohne diesen Werdegang nicht erworben werden können. Der Grat zwischen zu viel und zu wenig Abgrenzung der Zuständigkeitsbereiche scheint schmal zu sein, wie durch die Aussagen eines Arztes und einer Psychotherapeutin klar werden soll:

„[...] Oigemeinmediziner [neigen] irgendwie..ah...dazu [...] ihre Problemlösungskompetenz [...] i würd ned song zu überschätzen, owa, owa wenn i mid ältere Kollegen red, de, de, de, de song ständig >[...] Wozu brauch i a Kraunknswesta, wozu brauch i a Sozialorweiterin, i was e genau wie des geht und funktioniert.< und ah des, und des is so ein, so ein, so ein Ego, des des irgendwie s o..s o glaubt irgendwie...sie kenan eh olles super und es is eh olles super, und ah..und >Wir brauchn des ned, jo..wir brauchen des olles ned.< ,jo, und es, es stimmt oba ned, jo, es stimmt owa hoid einfoch ned, jo.“ (T4 2019:Z.145-152)

„Des, dass do [im Team; d. Verf.in] a guade Vernetzung stattfindet und dasma do einfoch absolut ka Konkurrenzdenken hod [...].“ (T2 2019:Z.414-415)

Ein zu geringes Maß an professionellen Grenzen kann demnach dazu führen, dass die ganzheitliche Gesundheitsversorgung der Patient*innen gefährdet wird. Eine weitere Folge kann die Entwicklung eines Konkurrenzdenkens einzelner Professionist*innen untereinander sein, welches sich ebenfalls negativ auf die Versorgungsqualität auswirkt. Die Konsequenzen, die übermäßige professionelle Abgrenzung nach sich zieht, werden nachfolgend ersichtlich:

„[...] dadurch, dass es jo sozusogn diese Akutversorgung ich ja nicht mache, sondern ich mach eben wirklich, des, do is des Medizinische oda sie sind do in ah, in Krisenin-, oiso wenn, wenn es; wirklich akut is' jo eigentlich nicht, das was, was sozusogn, wir sind jo viel mehr hier für Prävention [...].“ (T7 2019:Z.45-48)

„[...] ma muas hoid schau, dass des [Weitervermittlung an andere Professionen; d. Verf.in] daun wirklich ah..s-so strukturiert oblaufft, dass des ned a wieda so ein, e-ein Prozess des, des ständig im, im, Im-Kreis-Laufens wird [...].“ (T4 2019:Z.367-369)

Der Aussage einer Psychotherapeutin zufolge fühlt sie sich nicht für Akutfälle zuständig, weil diese von den Ärzt*innen übernommen werden. Psychische Akutfälle, die Krisenintervention erfordern würden, erwähnt sie nicht. Dadurch, dass sie ihre Zuständigkeit klar von Akutfällen abgrenzt, lässt sie alle Patient*innen, die eine Krisenintervention benötigen würden, außen

vor. Anhand des Zitats von einem Allgemeinmediziner wird erkennbar, dass eine zu starke Tendenz zur Absteckung professioneller Grenzen dazu führen kann, dass ein Drehtüreffekt entsteht. Im Hinblick auf die Spezialisierungsdebatte der im Gesundheitsbereich tätigen Professionist*innen haben sich bei den Interviewten verschiedene Ansichten verorten lassen. Ein Allgemeinmediziner sieht bei allen Berufsgruppen die Notwendigkeit einer Spezialisierung auf die Anforderungen allgemeinmedizinischer Patient*innen:

„[...] des is a bisl a Problem [Wissensmangel über Erfordernisse der Allgemeinmedizin; d. Verf.in], [...] von diese gaunzn Berufsgruppen, de do ah, in dieses Team irgendwie reinkommen, ah, dass [...] relativ planlos des Gaunze irgendwie jetzt über die Bühne geht, jo, es, es sollten sich Teams, Teams bilden und in de PHC's soi do multiprofessionell gearweitert werden, jo, owa woher die Leute nehmen, die des a wissen wie des, wie ma des mocht?“ (ebd.:Z.401-407)

Im Gegensatz zu dieser Ansicht, vertreten ein Hausarzt, sowie die Autoren Dietrich und Znotka die Meinung, dass ein zu hohes Maß an Spezialisierung im Widerspruch zu einer biopsychosozialen Gesundheitsversorgung steht:

„[...] dass eben der Mensch ois Gaunzes zu sehen is und dass wir imma, wir im Westen woin wir imma olles trennen in Modelle und Strukturen, jo. Des is oba der Mensch hoid eigntlich goa ned, jo. Zwoa wir denkn zwoa so, unsa Denkweise im Westn, im Westn is so in Europa und Amerika, owa mia kumd vor, dass der Mensch eigentlich a Mischmasch aus gaunz vüln Dingen [...] [ist].“ (T6 2019:Z.102-106)

„Die Fragmentierung kann als ein (gewolltes oder ungewolltes) Ergebnis von Arbeitsteilung und Spezialisierung im Gesundheitswesen aufgefasst werden, denn Leistungserbringer [sic!], wie Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte [sic!], Pflegeeinrichtungen oder Rehabilitationseinrichtungen etc. arbeiten mehr oder weniger unabhängig an unterschiedlichen Teilaufgaben der Gesundheitsversorgung.“ (Dietrich / Znotka 2017:141)

Demzufolge kann ein zu hohes Maß an Spezialisierung der Berufsgruppen zu einer Fragmentierung der Gesundheitsversorgung führen, weil in der beruflichen Praxis ein immer höherer Bedarf an zusammenhängenden Betreuungsangeboten vermerkt wird. Technisch ausgedrückt können Menschen nicht in Einzelteile zerlegt werden, die gesondert voneinander repariert werden können und im Gesamtbild wieder eine gesunde Person ergeben.

4.2.2 Weitervermittlung

In den beforschten Gesundheitseinrichtungen verhält sich der Patient*innenfluss so, dass vorerst alle Patient*innen ärztlich begutachtet werden, bevor darüber entschieden wird, welche Art von Versorgung sie benötigen. Als einzigen Ausnahmegrund für das direkte Aufsuchen anderer Professionist*innen wurden Überweisungen von Fachärzt*innen angeführt (vgl. T1 2019:Z.354-359). Interne und externe Weitervermittlung an andere Expert*innen werden ausschließlich von Ärzt*innen vorgenommen. Demnach besteht ein hierarchisches Gefälle der Professionen untereinander, bei dem alle Berufsgruppen von den Allgemeinmediziner*innen abhängig sind, wie durch das folgende Zitat einer Psychotherapeutin untermauert wird:

„[...] dass Leid zum Beispü do in de Ordination kuman und song, es duad eana irgendwos weh, sie haum do irgendwie..Schmerzen verspüren, oda sie, sie kenan ned schlofn [...] und, wo de Ärzte einfoch amoi zerst organisch obklären und do wirklich, ahmm, so in ihrem Bereich ois

obcheckn, und wenn sie de Idee haum, es könnte a vielleicht, oda weil de-de Leid afoch a des formulieren, weil sie song >Joo, i moch ma Sorgen..ah..in mein Beruf, i hob Probleme in da Partnerschaft.< oda wo a imma, daun is de Idee einfoch a von den Ärzten, oda de, de des a guad mitdenken, dass sie song >Guad, ah, vielleicht wär do einfoch amoi Therapie a wos, wo ma si des anschaun kaun.< [...].“ (T2 2019:Z.41-50)

Aus dieser Aussage lässt sich herauslesen, dass die Entscheidung für oder gegen eine Zuweisung von der persönlichen Einstellung der Ärzt*innen anderen Professionen gegenüber und von ihrem Wissen über deren Kompetenzen beeinflusst wird. Weiters gilt es laut Rosentreter und Pundt sowie einer Ordinationsassistentin zu bedenken, dass der Zeitdruck unter dem Ärzt*innen stehen, erheblich auf die Überweisungsabwägungen einwirkt:

„[...] die Hälfte aller Anliegen wird von Patienten [sic!] gar nicht geäußert oder vom Arzt [sic!] nicht wahrgenommen [...].“ (Rosentreter / Pundt 2014:238)

„[...] dass die eigentlich ned unbedingt in, in, in Oazt ois, ois..schulmedizinischen Oazt brauchen, sondan eigentlich, dass [...] Psychotherapie besser wär, im, im, und, und daun kommens und erzählens des, gengan hoid zum Oazt a eini, dazöns wieda beim Rausgehen und gehen wieda [...].“ (T5 2019:Z.51-54)

Der Zeitmangel führt dazu, dass Informationen, die für die Entscheidung über eine Zuweisung wesentlich sein könnten, unberücksichtigt bleiben. Wenn also ausschließlich Ärzt*innen zu Einschätzungen über die Notwendigkeit anderer Professionist*innen befugt sind, scheint es unverzichtbar, dass diese sehr genau über die Fähigkeiten jeder einzelnen Berufsgruppe Bescheid wissen und mit diesen in engem Austausch stehen müssen. In der beruflichen Praxis verhält sich das mitunter anders, wie dem folgenden ärztlichen Zitat entnommen werden kann:

„[...] waun i des [Spezialisierungsbedarf; d. Verf.in] mid Sozialorweitern so sog, daun, daun gengan de oft glei de Wänd hoch, jo. >Jo, ihr hobts jo keine Ahnung wos wir mochn [...] und wir mochn des jo eh olles< [...] daun muas i immer kleinlaut eingestehen >Jo wir haum relativ wenig Ahnung..wos Sozialorweit eigentlich wirklich macht<, jo, und des is sicha..is sicha natürlich ein, ein, ein Mangel und, und do muas viel, viel draun gearbeitet wern..jo.“ (T4 2019:Z.135-140)

Neben der Abhängigkeit von den zuweisenden Allgemeinmediziner*innen sind die einzelnen Berufsgruppen ebenfalls auf die gegenseitige Kenntnis voneinander angewiesen, wie durch die Aussage einer Psychotherapeutin erkennbar wird:

„[...] im konkreten Foi bei de Physiotherapeuten, die daun a song..>Do merk i do-do-do hüft's ned, oda des, do, do bring i nix weida, ahmm..möglicherweise wär do von da Therapie, von da Psychotherapie einfoch a amoi, ah, zu schau, ob ma do auf a aundare Ebene kumd, die-die do besser höfn könnte.< [...]. Des wird daun einfoch a mid den Ärzten rückgesprochen [...].“ (T2 2019:Z.158-163)

In den beforschten Primärversorgungszentren haben einzelne Professionist*innen in Bezug auf das Wissen der Berufsgruppen untereinander angemerkt, dass es im Rahmen von Teambesprechungen oder einer gesonderten Veranstaltung zu einer Vorstellung dieser gekommen ist. (vgl. T3 2019:Z.297-301; vgl. T7 2019:Z.93-102) In Anbetracht der obigen Zitate bleibt jedoch die Frage, ob diese Maßnahmen ausreichen, um eine umfassende Versorgung für die Patient*innen gewährleisten zu können. Im Vergleich dazu gibt es in der allgemeinmedizinischen Praxis zwar kein multiprofessionelles Team, dem die Ärzt*innen zuweisen könnten,

der Verlauf ist jedoch ähnlich. Alle Patient*innen gehen zuerst zu den Allgemeinmediziner*innen, die in weiterer Folge über die Notwendigkeit einer externen Überweisung entscheiden. Laut einer Ordinationsassistentin verhält sich die Situation mit der Informationsweitergabe von Seiten der Patient*innen an die Ärzt*innen gleich.

„[...] dadurch, dass i viele Patientn do persönlich kenn, [...] merk i a oft wauns ea ned guad geht und sie song ma oft Sochn wos in Oazt ned song [...] oda vagessn. Daun sozi [...] >Des hoda jetz ned gsogt, griagta nu irgendwos oda kimma nu wos duan?< [...].“ (T9 2019:Z.24-31)

Im Vergleich dieser Aussage mit dem obenstehenden Zitat der anderen interviewten Ordinationsassistentin lässt sich feststellen, dass die Ordinationsassistentin mitunter über Informationen verfügt, die den Allgemeinmediziner*innen gar nicht zukommen.

4.2.3 Zusammenarbeit

Angesichts der zunehmenden Spezialisierung von Berufsgruppen des Gesundheitswesens entsteht ein wachsender Bedarf an interprofessioneller Zusammenarbeit, um die Patient*innen dennoch ganzheitlich versorgen zu können (vgl. Kaba-Schönstein / Kälble 2000:198-199). Laut Mitzkat, Berger, Reeves und Mahler bedeutet interdisziplinäre / interprofessionelle Teamarbeit⁵, dass Angehörige verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen / Professionen des Gesundheits- und Sozialbereichs miteinander zusammenarbeiten. Das Ziel der Zusammenarbeit ist die Bearbeitung von Gesundheitsproblemen durch die Bereitstellung von Versorgungsangeboten, wobei eine Abhängigkeit der verschiedenen Berufsgruppen voneinander besteht. Darüber hinaus stehen die Teammitglieder in regelmäßigem Austausch miteinander. Demnach ist Multiprofessionalität alleine in Teams unzureichend, weil damit lediglich gemeint ist, dass einzelne Expert*innen nebeneinander, nicht jedoch miteinander arbeiten (vgl. Mitzkat et al. 2016:1-2). Die folgenden Zitate einer Ordinationsassistentin und eines Arztes sollen den Zusammenhang zwischen biopsychosozialer Gesundheitsversorgung und interdisziplinärer Kooperation demonstrieren:

„Des gfoid ma aun dem Team sehr, dass [...] wir untranaund guad oaweitn und..jeda do eisteigt wo a grod braucht wiad und des is afoch guad.“ (T9 2019:Z.85-88)

„[...] mid unsare gaunzn Oigemeinmediziner und da Sozialoaweit..des hod definitiv nicht funktioniert..jo, dabei san des olles..wohlmeinende, nette, empathische Leute, jo..goa ned so, so stur irgendwie nur, nur, nur des organische Modell und ois aunda, und es hat einfoch nicht gut funktioniert [...].“ (T4 2019:Z.409-412)

Interdisziplinäre Zusammenarbeit kann also auch fehlschlagen. Grund dafür könnte der mangelnde Austausch der Berufsgruppen untereinander sein, wodurch kein Wissen über die Kompetenzen der anderen Profession vorhanden war. Vor diesem Hintergrund wird klar, dass interprofessionelle Vernetzung Voraussetzung für aktive Kooperation in Teams ist, wie die Aussagen einer Psychotherapeutin und einer Sozialarbeiterin untermauern:

⁵ In dieser Arbeit werden die Begriffe interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit sowie interdisziplinäre und interprofessionelle Teamarbeit synonym verwendet, um die Lesbarkeit zu erhöhen.

„[...] i bin überzeugt von dem Modell [Primärversorgungszentrum; d. Verf.in] [...] es mocht meines Erochtns wirklich Sinn, jo..Vorausgesetzt, oiso die, die Beteiligten san guad vernetzt und duan si do leicht und des is glaub i des Ausschlaggebende [...].“ (T2 2019:Z.412-414)

„[...] gaunz egal in wöchem Kontext, owa Vanetzungen san wichtig. Ob des jetzt unter einem Dach eines Primärversorgungszentrums is, oda unter einem anderen Rahmen, jo, Vanetzung stottfindet...ah, is wuascht.“ (T3 2019:Z.377-379)

Wie das zweite Statement und ein Beitrag von Redelsteiner veranschaulichen, spielt interprofessionelle Vernetzung neben ihrer internen Form auch außerhalb des Teams eine große Rolle, um langfristig eine biopsychosoziale Versorgung gewährleisten zu können (vgl. Redelsteiner 2018:166). Auch das Klima in einem interdisziplinären Team wirkt sich wesentlich auf die Zusammenarbeit aus, wie das Zitat einer Ordinationsassistentin aufzeigt:

„Sehr gut [Teamklima; d. Verf.in] [...] Es kaun jeder olles ansprechen, oiso wir san do..ein sehr gut eingespieltes und sehr...angenehmes Team. [...] Oiso..hurra! [...] Na des is sehr sehr wichtig, wei waun des Team ned so guad funktionieren würde, ded nemlich, ah, des gaunze Zusammenspu ned funktionieren.“ (T5 2019:Z.294-302)

4.2.4 Bedeutung für die Versorgung

Die in Primärversorgungszentren und Hausärzt*innenordinationen mehr oder weniger gegebene Interdisziplinarität hat einerseits eine erhebliche Auswirkung auf die Gesundheitsversorgung der Patient*innen. Andererseits bezieht sich dieser Einfluss auf die Teammitglieder und deren Ressourcen. Nachstehend sollen die Aussagen einer Sozialarbeiterin und der beiden Psychotherapeutinnen verdeutlichen, welchen Effekt Interdisziplinarität auf Patient*innen hat:

„Joo, ahmm...wauma jetzt aloa auf weiter Flur is und damit orweitet, kumd ma recht schnö aun seine Grenzn, waun jetz a gaunzes Team danoch oaweit kaun des wirklich gaunz tolle Ergebnisse fir de Leid zang [...].“ (T3 2019:Z.234-236)

„Oiso ich finde des hod ein, ein, eine große Wirkung auf die Gesundheit, weil einerseits, alles im Haus is, [...] do gibt es einfoch sehr viele Schienen, um die Gesundheit da...zum Wohle der, oiso der Gesundheit.“ (T7 2019:Z.67-72)

„[...] dass die..die Leid do einfoch..fü später kuman [...] do muas da, ahm, Leidensdruck scho so massiv sein, dass sie in de private Praxis kuman [...] des seh i, seh i do wirklich ois großen Vorteil, ah, hier zu orweiten und do an..gesiedelt zu sein, wo de Ärzte scho, fü früher a song, >Des wär eine Möglichkeit, oder, vielleicht amoi probiern<.“ (T2 2019:Z.96-103)

Aus diesen Zitaten lässt sich schlussfolgern, dass die verschiedenen Professionist*innen einer interdisziplinären Gesundheitsversorgung eine positive Auswirkung auf die Gesundheit von Patient*innen attribuieren. Wie aus dem ersten Statement interpretiert werden kann, reicht es nicht aus, dass ein*eine Expert*in nach diesem Ansatz arbeitet, da die biopsychosoziale Versorgung sonst dort abreißt, wo der Kompetenzbereich dieser Person endet. Diese Ansicht vertritt auch Redelsteiner, der schreibt, dass „Gesundheit [...] per se ein transdisziplinärer Begriff [ist], der von keiner Berufsgruppe alleine reklamiert werden kann [...].“ (Redelsteiner

2018:163). Darüber hinaus sieht die Sozialarbeiterin die Arbeit mit einem ganzheitlichen Ansatz als eine Voraussetzung für die Nachhaltigkeit der geleisteten Unterstützung an. (vgl. T3 2019:Z.77-87). Interdisziplinarität hat auch Einfluss auf die Professionist*innen im Team und deren Ressourcen, was die zwei folgenden Aussagen eines Arztes und ein Zitat einer Psychotherapeutin hervorheben sollen:

„Najo des, ah, de, da..des hod amoi einen unglaublichen Zugewinn aun Ressourcen natürlich [...]“. (T4 2019:Z.57-58)

„[...] wenn i do was i hob a Psychotherapeutin, oda i kaun des aun jemanden aundan obdelegieren is des natürlich..natürlich irgendwie auch..sehr entlastend, jo und diese Entlastung wird a natürlich daun wahrgenommen, jo.“ (ebd.:Z.165-168)

„Oiso fir mi hod's a gaunz a große Bedeutung [...] fir mi owa, ahm is es unendlich hüfreich, dass i einfoch do scho fü üba de Krankengeschichte was.“ (T2 2019:Z.373-376)

Der Zugewinn an Ressourcen scheint von den Professionist*innen geschätzt zu werden, da sie sich auf ihr „Spezialgebiet“ fokussieren können. Darüber hinaus werde die Arbeitseffizienz der Psychotherapeutin durch das interdisziplinäre Team gestärkt (vgl. ebd.:Z.379-384).

4.3 Gesundheit im biopsychosozialen Modell

In diesem Kapitel wird auf das Verständnis der Befragten von Gesundheit und dem biopsychosozialen Modell sowie auf dessen Umsetzung und Auswirkungen eingegangen.

4.3.1 Verständnis von Gesundheit und vom biopsychosozialen Modell

Folgend werden die Gesundheitsverständnisse der befragten Professionist*innen miteinander verglichen und auf biopsychosoziale Einflüsse untersucht. Darüber hinaus wird die Bedeutung subjektiver Gesundheitsgefühle für die Gesundheit eines Menschen thematisiert. Nachstehend tun zwei Ärzte und eine Sozialarbeiterin ihr Gesundheitsverständnis kund:

„[...] de WHO-Defintion, jo, oiso de Abwesenheit von [...] Krankheit und [...] dasma hoid umfassend sich irgendwie soz, auch sozial und, und, und psychisch einfoch, ah...jo..jo gesund fühlt hoid und fit fühlt..jo.“ (T4 2019:Z.20-23)

„[...] Gesundheit muasma, muasma ah vielschichtig seng, oiso mid der Definition der WHO, ah, kumd ma sicha ned..ned aus, wei des des gibt's kaum, dass jemand [...] so gesund is, owa ahh..Gesundheit is eha ah, muasma ois ois ah Kontinuum seng, im Sinne da Salutogenese [...] Dasma sogt, ah, ma bewegt sich auf einer..einer Skala und is hoid in seinem Leben amoi mehr und amoi weniga gesund.“ (T1 2019:Z.10-15)

„[...] des sogt für mi de, ahm,...jo de Ganzheitlichkeit aus, oiso do wiad afoch ois mid eina gnuma, ah, un-und dass Ungleichgewicht in am Bereich einfoch a Ungleichgewicht im gesamten System bedeutet und des daun Krankheit ergibt. Egal in wöchem Bereich si des daun auswirkt

und dennoch waun olle Bereiche in Balance san, is des da Begriff von Gesundheit, und ausgeglichen sein, jo.“ (T3 2019:Z.14-18)

Beide Ärzte beziehen sich auf die Gesundheitsdefinition der WHO und verstehen Gesundheit demnach als biopsychosoziales Gefüge. Einer empfindet sie jedoch als unzulänglich, weil sie Gesundheit über völliges biopsychosoziales Wohlbefinden definiert. Seiner Meinung nach gibt es ein Kontinuum, an dessen Ende Gesundheit und Krankheit stehen, wobei er auf Antonovsky's Salutogenese referenziert. Diesem Ansatz zufolge hängt Gesundheit neben objektiven Befunden stark vom subjektiven Befinden einer Person ab (vgl. Franzkowiak et al. 2011:62). Die Relevanz des Gesundheitsgefühls für die menschliche Gesundheit findet sich auch in den Zitaten einer Ordinationsassistentin und dieses Arztes wieder:

„Dasma si woifühnd, oiso dass ma hoid a wenn ma vielleicht irgenda klanes Leiden hod, aber trotzdem sich gesund fühlt.“ (T5 2019:Z.14-15)

„[...] des hängt sehr auch vom persönlichn Empfindn ob, ah, wie ma, wie gesund man sich fühlt. Es gibt Menschn, de haum a durchaus a schwerere chronische Krankheit, fühlen sich aber relativ gesund [...] und aundare haum nua a Kleinigkeit und fühl'n sich oba ah fü mehr krank [...] des san einfoch..diese biopsychosozialen Zusammenhänge, de daun letztendlich des Gefühl >Wie gesund bin ich?< ahh hervorrufen [...].“ (T1 2019:Z.21-28)

Die Interviewten scheinen die Patient*innen als Expert*innen für die eigene Gesundheit wahrzunehmen, von denen auch sie in Bezug auf das weitere Vorgehen abhängig sind.

4.3.2 Umsetzung und Auswirkungen des biopsychosozialen Modells

Wie die Realisierung des biopsychosozialen Ansatzes erfolgt, sollen die Aussagen von zwei Psychotherapeutinnen und einem Allgemeinmediziner veranschaulichen:

„[...] dasma do daun einfoch a übalegt >Wos könnte do nu höfn?< Ahmm und jo, dasma do einfoch aanspricht, oke wauns mi betrifft, dass einfoch de Kollegin daun sogt, ahm, >I glaub des könnte einfoch a wos sein wos-wos, wo i zu dir überweis, und wo des einfoch guad dazuapassn könnte und do merk i anfoch an Bedarf<.“ (T2 2019:Z.148-151)

„Ja i find des schon [Umsetzung des biopsychosozialen Modells; d. Verf.in]. Oiso es is einfoch a eine sehr, ah große Ordination und, und dadurch, dass ich so ein Fixbestandteil hier bin von, von eben zwei Tagen ah find ich schon [...].“ (T7 2019:Z.33-34)

„Und nachdem de praktischen Ärzte scho amoi..völlig planlos san [...] wen weise ich zu ana Sozialorweiterin zu [...] hod des dazu geführt, dass die k..dass die do gssn is, und..irgendwie zwenig zduan ghobt hod, jo, und wir uns [...] ob irgendan Zeitpunkt gsogt haum, >Oiso so geht des ned< [...] und wir de Sozialorweiterin wieder abgeschafft haben.“ (T4 2019:Z.110-115)

Diesen Zitaten zufolge scheint die Umsetzung des biopsychosozialen Modells unterschiedlich stark ausgeprägt zu sein, auch wenn sich alle Professionist*innen seiner Relevanz bewusst sind. Zusätzlich zur lückenhaften Umsetzung des biopsychosozialen Ansatzes aufgrund von Wissensmangel über eine Profession, besteht laut diesem Arzt und einer Ordinationsassistentin auch ein Ressourcenmangel an psychosozialen Angeboten, die eine Umsetzung

erschweren (vgl. ebd.:Z.44-49; vgl. T9 2019:Z.162-188). Welche Auswirkung die Verfolgung eines ganzheitlichen Versorgungsmodells auf die Gesundheit von Menschen haben kann, wird durch die folgenden Statements eines Arztes und einer Sozialarbeiterin ersichtlich:

„[...] de Auswirkung is einfach dasma, dasma dem Patientn viel gezielter höfn kau und vermeidn kau dasa lange Wege da-da Abklärung mocht, wo daun im Endeffekt nix Greifbares herauskommt und ma ebn ned wirklich weidakommt, ned, oiso des hast des is..je früher ma Klorheit hod, wo liegt das Hauptproblem, desto besser kauma erm a höfn, ned, und waun ma des ned beachtet, und imma nur auf körperliche Beschwerdn fokussiert is, daun wiad ma ned-ned ahh zum Ziel [...] kuma, ned, in de meistn Fälle [...]“ (T1 2019:Z.311-318)

„[...] ma duad weniga urteilen [...] weil an irgendwie des sehr bewusst is, dass hinter, hinter Beschwerden, wo ma vielleicht a körperlich jetzt rein nix findt, a gaunz a aundare Thematik [...] dahinter stecken kau und woascheinlich a duad.“ (T3 2019:Z.224-228)

Einerseits kann den Patient*innen also schneller und effektiver geholfen werden. Andererseits können die Professionist*innen die Situation von Drehtürpatient*innen besser nachvollziehen. Implizit könnte auch gemeint sein, dass die Ursache für die Entstehung des Drehtüreffekts dann nicht mehr in den Patient*innen, sondern in ungeeigneten Unterstützungsangeboten verortet wird. Eine Ordinationsassistentin ist sogar der Meinung, dass der Drehtüreffekt durch die Arbeit mit einem ganzheitlichen Ansatz oft gar nicht auftreten würde (vgl. T5 2019:Z.326-331). Bei Franzkowiak wird auf Hurrelmann und Laaser verwiesen, die neben anderen Aspekten auch die Berücksichtigung medizinischer, psychischer und sozialer Faktoren als Teil der Gesundheitsförderung definiert haben (vgl. Franzkowiak et al. 2011:229).

4.4 Begleiterscheinungen des Drehtüreffekts

In diesem Abschnitt wird auf die Problemverortung, die Auffassung und Ursachen des Drehtüreffekts sowie dessen Auswirkungen und mögliche Vorgehensweisen Bezug genommen.

4.4.1 Präsentierte Probleme, tatsächliche Probleme

Drehtürpatient*innen äußern meist physische Probleme, bei denen sich im Laufe der Abklärung bei den Professionist*innen das Gefühl entwickelt, dass das „wahre“ Problem auf einer anderen Ebene verortet ist (vgl. T3 2019:Z.173-176). Diese Beobachtung ist vergleichbar mit der „Presented Problem Analyse“, in deren Rahmen die betroffenen Personen laut Pantuček vorab ebenfalls andere Probleme artikulieren, die die Verortung einer dahinterstehenden Beschwerde erfordern (vgl. Pantuček 2012:149-154). Die Aussagen von zwei Allgemeinmedizinern sollen diesen Prozess der Problemverortung veranschaulichen:

„Des können somatische Beschwerden sein, die halt ausgelöst sind durch ein anderes Problem, [...] a gesellschaftliches Problem is in Österreich, das man net gerne über über seine inneren Probleme spricht, [...] deswegen gibts jetzt oft einmal das körperliche Problem ah Symptom als erstes auftreten bevor ma dann draufkommt, dass es eigentlich keine körperliche Krankheit alleine ist, sondern hauptsächlich eben eine Trennung zum Beispiel [...]“ (T6 2019:Z.47-55)

„[...] ma muas einfach ah gezielt erkennen, was hod da Patient für Bedürfnisse, jo? [...] Was möchte er, ned? Wirklich? Und ah, und des is eben ned imma so, dass de Patientn des gaunz klar artikuliert kenan, owa..wauma, wauma hoid einfühlsam frogt und nochfrogt daun kumt ma drauf, jo eigentlich is des Problem...>I hob nermt, oda..I dua ma bei dem und dem schwer, und kumt mid dem ned zrecht.< [...].“ (T1 2019:Z.246-252)

Anhand der angeführten Interviewausschnitte wird ersichtlich, dass bei der Problemverortung vorsichtig vorgegangen werden muss, weil sich die Drehtürpatient*innen ihren „tatsächlichen“ Problemen möglicherweise nicht bewusst sind oder sich diese nicht eingestehen können. Ein weiteres Statement eines Hausarztes soll diese Hypothese untermauern:

„[...] sie-sie wissn ned, dass Aunsprechpartner gibt und es is a oft..a Vadrängung..es wern a oft de, de eigentlich Probleme verdrängt, na, und aundare vorgschom und [...] vielleicht a Scheu, gewisse Scheu, dasma des aunspricht.“ (ebd.:Z.269-271)

Aufgrund der erwähnten Verdrängung kann es dazu kommen, dass Drehtürpatient*innen von einem*einer Allgemeinmediziner*in zu einem psychosozialen Betreuungsangebot zugewiesen werden und dieses nur deshalb aufsuchen, weil „>da Orzt hod amoi gmand, des könnte was Passendes sein<“ (T2 2019:Z.172-173). Um effektiv an den Hauptproblemen arbeiten zu können, sind Professionist*innen jedoch darauf „[...] angewiesn das-dass wirklich so ah die Compliance [...] dass des passt.“ (ebd.:Z.199-200). Daraus kann geschlussfolgert werden, dass sich die Drehtürpatient*innen vorab ihren Problemen bewusstwerden und sie anerkennen müssen, damit ein Betreuungsangebot nachhaltig wirken kann. Diese Prämisse existiert auch in der lösungsorientierten Beratung, der zufolge „Besucher*innen“ vorerst zu „Kund*innen“ werden müssen, bevor die Beratung starten kann. „Besucher*innen“ sind Personen, die von anderen Personen geschickt wurden, sich selbst jedoch nicht als Teil des fremddefinierten Problems wahrnehmen. „Kund*innen“ sehen sich selbst als Teil des Problems und wollen es verändern (vgl. Ertelt / Schulz 2019:160-162).

4.4.2 Verständnis und Ursachen des Drehtüreffekts

Das Verständnis des Drehtüreffekts von verschiedenen Professionist*innen variiert in der Berufspraxis, wie die Statements eines Arztes und einer Psychotherapeutin verdeutlichen:

„Drehtürpatient*innen sind, die auf einer Psychiatrie einmal waren oder psychisch krank sind und die sozusagen als Nachbetreuung betreut werden, glaub ich.“ (T7 2019:Z.7-8)

„[...] Drehtürpatientn versteht ma grundsätzlich Patientn, die ah sehr häufig kommen, jo, die, die, sozusong. Da Grund is woascheinlich, dass des passiert is, dass sie eher noch nicht zufrieden sind, oder unzufrieden weggehen und relativ bald wiederkommen, weil sie nu ned de entsprechende, ah, Hilfe bekommen haum.“ (T1 2019:Z.102-106)

Gleichzeitig mit seinem Verständnis vom Drehtüreffekt gibt der Arzt auch etwas über dessen vermeintliche Ursachen preis. Wie aus dem Zitat herausgelesen werden kann, macht er einerseits unpassende Unterstützungsangebote und die daraus resultierende Unzufriedenheit und Verzweiflung der Patient*innen für die Entstehung des Drehtüreffekts verantwortlich (vgl. ebd.:Z.328-337). Andererseits führt er den Effekt auch auf die ihm mangelnden zeitlichen Res-

sources zurück (vgl. ebd.:Z.112-113). Weitere Ursachenvermutungen spiegeln sich in den Aussagen einer Psychotherapeutin und einer Ordinationsassistentin wider:

„[...] i glaub, dass, dass oftmois si Patientn ned verstaundn fühl, oda einfoch a s'Gföh haum, ahmm...>I kaun do gor ned reden, oda i derf ma de Zeit gor ned nehmen< [...] i denk ma jatz grad bei Mediziner'n beispüsweise, jo. Und daun irgendwie a immer..a Stück unzufriedn...oda irgendwos, ah, föhd erna daun immer wieder, jo.“ (T2 2019:Z.337-343)

„[...] maunchmoi is des scho so, hauma des Gföh es schaukelt si scho fost in de aundare Richtung auf, waun wir a bisl...wie soima song, abweisender wären, daun würden's [die Drehtürpatient*innen; d. Verf.in] vielleicht weniger intensiv kumen [...].“ (T5 2019:Z.65-67)

Insgesamt wirkt es so, als würden die Interviewten die Entstehung des Drehtüreffekts auf Unzulänglichkeiten des Gesundheitssystems, anstatt auf die Patient*innen zurückführen.

4.4.3 Auswirkungen des Drehtüreffekts und Vorgehensweise

Die im vorigen Kapitel erwähnte Verzweiflung von Drehtürpatient*innen aufgrund von unpassenden Gesundheitsangeboten, kann sich maßgeblich auf die Hilfeplanung auswirken, wie die nachstehende Aussage einer Sozialarbeiterin untermauert:

„[...] gaunz a große Resignation do is und dennoch [...] de Ziele in da Begleitung [...] a gaunz a aundares..is [...] Do muas ma anfoch weit tiafa aunsetzn, dass ma daun a Erfolgserlebnis hod, jo. (T3 2019:Z.141-145)

Eine weitere mögliche Auswirkung des Drehtüreffekts ist, dass die Professionist*innen zu Drehtürpatient*innen eine engere Beziehung als zu anderen Patient*innen aufbauen (vgl. T4 2019:Z.305-308). Obenstehend verweist die Sozialarbeiterin neben einer Auswirkung des Drehtüreffekts auch auf eine Umgangsweise damit. Weitere Methoden, die ihrer Ansicht nach diesbezüglich relevant sind, können dem folgenden Zitat entnommen werden:

„Langsam [...], trotzdem ganzheitlich. Es is so a obdroschns Wort und trotzdem trifft'ses do am bestn, jo. Dasma wirklich die körperliche, die psychische, die mentale, ah mh, de Lebenswöd, de...soziale Umwöd..eana soziales Feld, eana psychisches Feld, eana mentales Feld, ah ...beruflich, körperlich, dasma des ois anfoch einanimmt und, ah, diagnostiziert und a schaut wie is da Verlauf [...] wo kauma übahaupt aunsetzn, wos is grad möglich.“ (T3 2019:Z.309-315)

Daraus wird ersichtlich, dass im Umgang mit Drehtürpatient*innen ausreichend Zeit erforderlich ist, um vor dem Hintergrund eines ganzheitlichen und partizipativen Ansatzes im Tempo der betroffenen Personen arbeiten und eine qualitätsvolle Gesundheitsleistung anbieten zu können. Auch zwei Ärzte und eine Ordinationsassistentin haben angegeben, dass für eine umfassende Betreuung der Drehtürpatient*innen genügend Zeit nötig ist (vgl. T1 2019:Z.120-124; vgl. T4 2019:Z.223-231; vgl. T5 2019:Z.61-68). Als eine weitere Vorgehensweise hat ein Allgemeinmediziner angegeben, dass er die betroffenen Personen direkt auf einen möglichen anderweitigen Unterstützungsbedarf anspricht (vgl. T4 2019:Z.202-208). Demgegenüber steht die Ansicht eines Arztes. Er meint, dass ein direktes Ansprechen der Drehtürpatient*innen

nicht möglich ist, sondern dass eine gemeinsame Problemverortung erfolgen muss, wie durch ein Zitat des dritten Arztes untermauert wird (vgl. T6 2019:Z.60-78):

„[...] indirekt hoid vermittln..>Es is ned notwendig, dass‘, dass‘ imma mid an neichn Problem zu mia kuman, sondan schauma moi, wo is lhna Hauptproblem [...] vasuach ma duat zu lösen und i hed a Angebot fia lhna und i kennt lhna des und des aunbieth.< und daun kumd ma aus dem Kreis aussa [...].“ (T1 2019:Z.176-181)

Für eine sorgfältige Problemverortung bedarf es laut einer Ordinationsassistentin und der Sozialarbeiterin einer ganzheitlichen Sichtweise und Interdisziplinarität (vgl. T5 2019:Z.319-331; vgl. T3 2019:Z.77-87). Ein Arzt führt die Abnahme des Drehtüreffekts in seinem Primärversorgungszentrum im Vergleich zur Anzahl an Drehtürpatient*innen in seiner früheren Einzelpraxis sogar auf gelebte Interdisziplinarität zurück (vgl. T1 2019:Z.156-162).

4.5 Sozialarbeit in der Primärversorgung

Abschließend soll die Rolle der Sozialarbeit in der Primärversorgung fokussiert werden, indem die Erforderlichkeit eines spezialisierten oder allgemeinen Ansatzes diskutiert und auf die Notwendigkeit von Sozialer Arbeit in der Primärversorgung generell rekuriert wird.

4.5.1 Spezialisierung oder Generalisierung als Voraussetzung

Die fachliche Debatte, ob Sozialarbeit einer Spezialisierung bedarf oder ausschließlich als generalistische Profession ihrem Anspruch einer ganzheitlichen Betreuung von Klient*innen gerecht werden kann, spiegelt sich in den Expert*inneninterviews wider. Ein Arzt hat von einer ehemals bei ihm angestellten Sozialarbeiterin erzählt, die auf die Betreuung von Menschen aus gesellschaftlichen Randgruppen spezialisiert, jedoch nicht für die Versorgung allgemeinmedizinischer Patient*innen geeignet sei (vgl. T4 2019:Z.105-113). Daraus hat er geschlossen, dass Sozialarbeit eine Spezialisierung für Primärversorgung benötigt:

„[...] dass es einfoch Sozialorweiter gibt, die spezialisiert san auf die..auf die Herausforderungen, die hoid irgendwie in da Oigemeinmedizin stattfinden.“ (ebd.:Z.133-135)

Eine ähnliche Ansicht haben Mühlum und Gahleitner, sowie Franzkowiak, Homfeldt und Mühlum im Hinblick auf klinische Sozialarbeit. Als Argumentationsgrundlage ziehen sie die zunehmende Ausdifferenzierung der Zuständigkeitsbereiche heran, die die Erschließung neuer Kompetenzen und Methoden erfordert. Dieser Entwicklung sehen sie geschuldet, dass sich in der Praxis der Sozialarbeit fortwährend Spezialisierungen in Form von Fort- und Weiterbildungen sowie Masterstudiengängen herausbilden. Auf der Professionsebene betrachtet, trage die Konzeptualisierung einer Fachsozialarbeit dazu bei, dass klinische Sozialarbeit auf Augenhöhe mit anderen Gesundheitsberufen komme und anerkannt werde (vgl. Mühlum / Gahleitner 2011:235-238; vgl. Franzkowiak et al. 2011:174-179). Demgegenüber ist ein Sozialarbeiter der Meinung, dass gerade die generelle Orientierung Sozialer Arbeit der Grundstein ihrer professionellen Identität für eine individuelle und effektive Patient*innenbetreuung ist:

„Also, in unserer so spezialisierten Landschaft der sozialen Hilfen, braucht es wohl noch, so Generalisten, wie Allgemeinmediziner und Sozialarbeiter ohne einen ganz eingeschränkten finanziellen Rahmen [...]. Also ich brauche Menschen, oder Einrichtungen, die noch eine gewisse Bandbreite abdecken und nicht hochspezialisiert sind. Weil in der Hochspezialisierung lösen wir Einzelprobleme großartig, aber wir verlieren manchmal den Blick auf des Allgemeine.“ (T10 2019:Z.369-376)

Daran wird ersichtlich, dass er die gesundheitliche Versorgungslandschaft und die Gesundheitsberufe bereits als sehr ausdifferenziert erlebt, sodass er Professionen wie die Allgemeinmedizin und die Sozialarbeit als wesentlich für eine ganzheitliche Gesundheitsbetreuung versteht. Implizit wird auch auf die Gefahr hingewiesen, dass manche Personen durch zu viel Spezialisierung vollends von bestimmten Gesundheitsleistungen ausgeschlossen werden könnten. In Ergänzung zu dieser Betrachtung von Menschen mit einem ganzheitlichen Blick steht das Zitat eines Hausarztes, der über den Zusammenhang zwischen sozialen Problemen und der psychischen und körperlichen Gesundheit befragt wurde.

„Jo, des gaunz sicha weil soziale, weil wir jo wissen, dass ebn grad im Sozialbereich [...] oiso jetzt bei Armut zum Beispü, wissn wir, dass Menschen mit hoh, mid großer Armut oder wenig eben finanzieller, finanziellem Rückhalt werden eben kranker ois wie, wie aundare Menschen [...]“. (T6 2019:Z.160-163)

Diese Passage macht die Verbindungen zwischen und die Auswirkungen von körperlichen, psychischen und sozialen Aspekten eines Menschen aufeinander nachvollziehbar. Der Einfluss sozialer Faktoren auf die menschliche Gesundheit wird auch von Franzkowiak, Homfeldt und Mühlum thematisiert sowie von Whitehead und Dahlgren visualisiert:

„Epidemiologisch unstrittig belegt und gesundheitspolitisch bedeutsam sind diese sozialen Determinanten: Einkommen, und sozialer Status, soziale Unterstützung und soziale Netzwerke, Bildung und Ausbildung, Teilnahme am Arbeitsmarkt, Arbeit und Arbeitsbedingungen, soziale Lebensumwelt, physische Lebensumwelt, persönliches Gesundheitsverhalten, Gesundheitskompetenz und Bewältigungsstrategien, gesunde frühkindliche Entwicklung, Gender, kulturelles Umfeld [...] Solche Rahmensetzungen können sich sowohl positiv, fördernd als auch negativ, belastend auf die Gesundheit auswirken.“ (Franzkowiak et al. 2011:44)

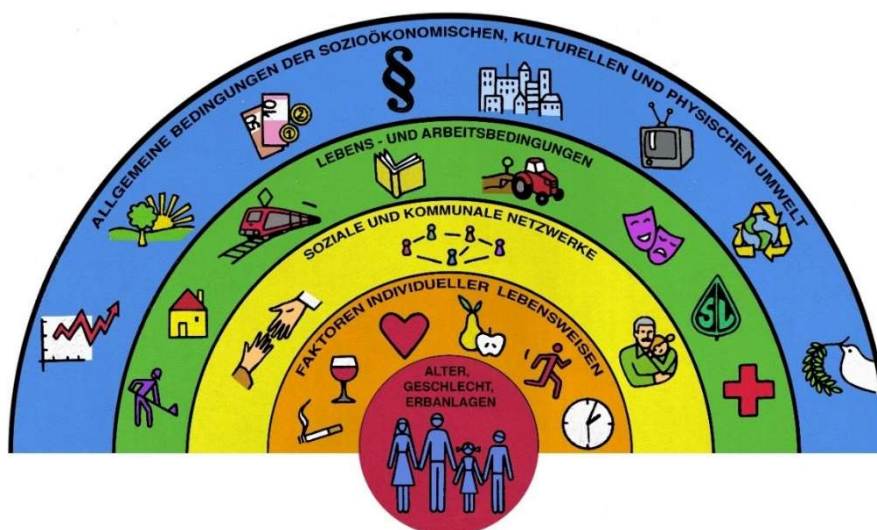


Abb.1: Fonds Gesundes Österreich nach Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991): Einflussebenen der persönlichen und Bevölkerungsgesundheit

Alle oben angeführten sozialen Gesundheitsdeterminanten, die sich auf einzelne Personen beziehen und von diesen beeinflussbar sind, können durch Sozialarbeit auch ohne Spezialisierung auf Primärversorgung bearbeitet werden, wie beim Abgleich mit dem Leistungskatalog für Sozialarbeit in der Primärversorgung evident wird (vgl. Finker et al. 2017:2-3). Daraus könnte geschlussfolgert werden, dass Soziale Arbeit für die umfassende Versorgung von Patient*innen keiner Spezialisierung bedarf. In Ergänzung dazu stehen die folgenden Ausführungen von Pantuček und Redelsteiner:

„SozialarbeiterInnen sind darauf spezialisiert, GeneralistInnen in der Zusammenarbeit mit KlientInnen zu sein. Sie reduzieren damit die Segmentierung der Betreuung durch unterschiedliche Berufsgruppen und Institutionen und versuchen, Umwege von KlientInnen und somit Fehlallokationen von Mitteln zu reduzieren oder zu vermeiden.“ (Redelsteiner 2018:160)

„Kern [von Sozialarbeit; d. Verf.in] bleibt jedenfalls der generelle Bestand des beruflichen Wissens, anderes ist die >Übersetzung< in spezifische Kontexte, sozusagen der Slang, der Soziolekt.“ (Pantuček 2011:55)

Demnach kann sowohl der professionellen Identität der Sozialen Arbeit als ganzheitlich agierender Profession sowie dem Anspruch einer fachlich fundierten und ausdifferenzierten Sozialen Arbeit nachgekommen werden.

4.5.2 Notwendigkeit

Im Hinblick auf die Notwendigkeit von Sozialarbeit in der Primärversorgung vertreten die befragten Professionist*innen verschiedene Ansichten, wie durch die Statements der beiden Psychotherapeutinnen und einer Ordinationsassistentin sichtbar wird:

„[...] vielleicht is es wirklich schw...bezirks- oiso sozusogn, man hört irgendwie, wenn man, wenn man natürlich wo in ana andern Gegend vielleicht wohnt, is da is da Bedarf viel mehr da, ja. Oiso ich würde das jetzt ni, nicht so verallgemeinern, ich glaub schon, dass es oiso wirklich a bisl bedarfsmä, äh,.. bedarfsabhängig is, ja.“ (T7 2019:Z.221-225)

„Oiso i hob do a gaunz fü Austausch eben mid da Sozialarbeit, weil wir do oft a Hand in Hand orweiten, wo i merk einfoch, do braucht's vielleicht wirklich für den Alltag a nu mehr, ois i des in ana Therapiestunde bieten kaun, und do is..is des einfoch wirklich de Zusaammenorbeit a gaunz a-a feine.“ (T2 2019:Z.406-410)

„Oiso des [Sozialarbeit; d. Verf.in] howi ois sehr sehr guad empfunden hoid. Nur is hoid schwierig, wir haum 50 Stund Öffnungszeiten, wir kenan ned 50 Stund a Sozialoaweiterin do haum, und wenn ma daun ane braucht, braucht ma de wirklich jetzt, ned amoi übamorgn, sondan jetzt.“ (T5 2019:Z.121-123)

Bei der Aussage der Ordinationsassistentin ergibt sich eine Diskrepanz, weil sie zwar die Notwendigkeit von Sozialarbeit betont, diesen durchgehenden Bedarf jedoch als Begründung für die Abschaffung von Sozialarbeit anführt. In der Berufspraxis wird dem Bedarf an Sozialarbeit in unterschiedlich starkem Ausmaß Sorge getragen, wie die Zitate eines Allgemeinmediziners, eines Sozialarbeiters und eines weiteren Arztes untermauern sollen:

„Ma, ma hod hoid daun informell irgendwie de Kontakte [zu Sozialarbeit; d. Verf.in], oba im Prinzip, ah, wird des ois Option kaum..kaum genützt und wahrgenommen. Obwoi ma genau was,jo de, de sozialen Verhältnisse san schwierig oda da Patient Schuidn oda da Patient hod totale Probleme in da Oaweit und, und des is a da Grund fir de Probleme, de a daun do mir präsentiert, owa. Jo, wos soll i mochn? Jo, wos soll i mochn?“ (T4 2019:Z.49-54)

„Aber, man könnte jetzt hier so aufs Erste sagen, wer heult, oder ohne Ende spricht, landet beim Sozialarbeiter, bei der Sozialarbeiterin. Ja. So wird hier triagiert.“ (T10 2019:Z.461-462)

„Des, do is da erste Weg, das-dast hoid daun de Sozialoawearin a Nachricht griagt >Bitte schau amoi noch, moch amoi a klore Sozialanamnese wo, wos is des Problem, wo is Untastützungsbedarf.< und dasma den daun vamittlt a, ned.“ (T1 2019:Z.234-236)

In dem Primärversorgungszentrum ohne Sozialarbeit sagt ein Arzt zwar, dass sie „[...] nach wie vor der Meinung san, dasma dringend a Sozialorweiterin..brauchadn.“ (T4 2019:Z.122-123). Die Übernahme sozialarbeiterischer Aufgaben scheint jedoch nicht gesichert zu sein, wobei laut einer Ordinationsassistentin ein Teil davon durch sie und ihre Kolleg*innen erfolge:

„[...] wir haum jetzt an Folder aufliegen, und..und versuchen hoid den Patientn, beziehungsweise den Angehörigen a, a Kurzfassung zu geben. So wie >Diese Or, oda es gibt jetzt Organisationen, do ruafn's amoi aun und die können Ihnen daun a bei Bedarf weiterhelfen.< Oiso wir miasn des hoid daun in da, in da Kurzfassung mochn.“ (T5 2019:Z.152-155)

Dabei stellt sich die Frage, ob diese Kompensationsversuche für die Gewährleistung einer biopsychosozialen Versorgung ausreichen. Laut Redelsteiner birgt die langfristige Übernahme sozialarbeiterischer Aufgaben durch andere Berufsgruppen die Gefahr einer fremdgesteuerten Entprofessionalisierung Sozialer Arbeit. In der Gesellschaft und seitens anderer Gesundheitsberufe wird Sozialarbeit oft als Tätigkeit angesehen, die keinen besonderen Kenntnissen und Fähigkeiten bedarf und somit von jeder Person geleistet werden kann. Professionelle Sozialarbeit hingegen ist in ein Fachhochschulstudium eingebettet, das zahlreiche Kompetenzen umfasst, die ohne entsprechende Ausbildung nicht entwickelt werden könnten, für echte Sozialarbeit jedoch unverzichtbar sind (vgl. Redelsteiner 2018:161).

5 Resümee

Im Resümee werden die Vorannahmen reflektiert, die Forschungsfragen beantwortet, sowie ein Forschungsausblick skizziert.

5.1 Beantwortung der Forschungsfragen

Anhand der erhobenen Daten kann die Frage nach dem Verständnis vom biopsychosozialen Modell verschiedener Expert*innen der Primärversorgung in Bezug auf Drehtürpatient*innen beantwortet werden. Die Auffassung vom Modell deckt sich weitgehend mit ihrem Gesund-

heitsverständnis. Mithilfe eines ärztlichen Zitates soll jedoch die Diskrepanz zwischen theoretischem und angewandtem Verständnis exemplarisch aufgezeigt werden:

„Jo i, würd ich schon [Menschen mit starkem Redebedarf als Drehtürpatient*innen bezeichnen; d. Verf.in], oba ois wöche die im biopsychosozialen Modell gesund san wenn ma so will und eigentlich keine, [...] oiso des Bedürfnis noch Gespräch haum, oba nicht und noch Interaktion, oba jetzt ned wei sie per se a Problem haum.“ (T6 2019: Z.145-147)

Dadurch wird ersichtlich, dass die meisten Professionist*innen das biopsychosoziale Modell theoretisch zwar anerkennen, in der Praxis jedoch noch anders denken. Dennoch ist der Großteil der Interviewpartner*innen der Ansicht, dass der biopsychosoziale Ansatz bei ihnen berufliche Relevanz hat und befolgt wird. Dadurch kann auch auf die Frage nach der Umsetzung des Modells und seine Auswirkungen auf den Umgang mit Drehtürpatient*innen eingegangen werden. In der Berufspraxis gibt es zwischen den beforschten Einrichtungen erhebliche Unterschiede betreffend die Realisierung einer ganzheitlichen Gesundheitsversorgung, wie beispielsweise durch das Ausmaß an Interdisziplinarität im Team sichtbar wird. Als Gründe für die fragmentarische Umsetzung werden ein Mangel an verfügbaren Ressourcen sowie die Hierarchie der Medizin angesehen. Somit kann auch die Vorannahme, dass der Fokus der Gesundheitsversorgung nach wie vor auf der körperlichen Ebene liegt, bestätigt werden. Einerseits zeigt sich diese Dominanz personenmäßig, da die anderen Gesundheitsberufe im Gegensatz zur Medizin teilweise nicht intradisziplinär aufgestellt sind. Andererseits wird sie durch die stundenmäßige Verteilung der verschiedenen Gesundheitsprofessionen ersichtlich, wobei Allgemeinmediziner*innen deutlich mehr Stunden als andere, vor allem psychosoziale Berufsgruppen, aufweisen. Darüber hinaus besteht eine Abhängigkeit aller Expert*innen von den Ärzt*innen, die als einzige Berufsgruppe Zuweisungen vornehmen können. Mit dieser Abhängigkeit geht einher, dass die Allgemeinmediziner*innen ein umfassendes Wissen über die Kompetenzen anderer Professionist*innen haben sollten, um den tatsächlichen Versorgungsbedarf gezielt erkennen zu können. In der Berufspraxis ist dieses Wissen jedoch oft nicht (ausreichend) vorhanden. Demnach erwies sich auch die Hypothese, dass Allgemeinmediziner*innen den Bedarf an anderen Gesundheitsleistungen aufgrund von mangelndem Wissen über die Kompetenzen anderer Professionist*innen nicht ausreichend einschätzen könnten, als richtig. Ein Arzt ist sich der lückenhaften Umsetzung des biopsychosozialen Modells bewusst und referenziert als Grund auf den Mangel an verfügbaren Ressourcen:

„[...] des is imma a Froge natürlich, da..da Ressourcen und wir, wir haum eine Ressource. Ois Mediziner hauma rel, relativ großzügig, zügig zur Verfügung, des is hoid de gaunze, de gaunze ..biologische Ressource, [...] i hob oba scho fü größere Probleme wauni [...] a psychische Diagnostik haum wü, is scho schwierig [...] und was den Zugaung zu, zu, zu Ressourcen irgendwie..bei sozialen Schwierigkeiten betrifft, ah, ah hod des hoid in da..in unserer traditionellen Schulmedizin kaum eine Tradition und do gibt's oiso kaum irgendwie..sozusogn..Wege, die [...] do..weisen.“ (T4 2019:Z.38-49)

Dadurch wird die Vorannahme, dass die finanziellen Ressourcen in der Primärversorgung teilweise zu knapp bemessen sind, sodass mit geringem Budget nur ein geringes Maß an Interdisziplinarität gewährleistet werden kann, bestätigt. Somit wird eine ganzheitliche Versorgung (fast) unmöglich. Obwohl sich der Allgemeinmediziner dem Bedarf an psychosozialen Gesundheitsleistungen bewusst ist, wird darauf derzeit nur marginal eingegangen, obwohl die Umsetzung des biopsychosozialen Modells wesentliche Auswirkungen auf die Versorgung von

(Drehtür-)Patient*innen hat. Durch die Befolgung dieses Ansatzes können den Patient*innen gezielt individuell abgestimmte Versorgungsleistungen angeboten werden, wodurch positive Effekte auf ihre Gesundheit verzeichnet werden können. Die Entlastung der Allgemeinmedizin durch andere Gesundheitsberufe hat auch dazu geführt, dass mehr Zeit für die einzelnen Patient*innen vorhanden ist und dem Drehtüreffekt somit eventuell vorgebeugt werden kann. Demnach könnte das Ausmaß an Interdisziplinarität als indirekt proportional zur Anzahl von Drehtürpatient*innen angesehen werden. Die Frage nach der Auffassung verschiedener Professionist*innen vom Drehtüreffekt kann ebenfalls beantwortet werden, wobei die Interviewten heterogene Sichtweisen bezüglich des Drehtüreffekts aufweisen. Hauptsächlich werden die wiederholte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie die Artikulation ähnlicher oder verschiedener körperlicher Probleme als Charakteristika angesehen. Eine Psychotherapeutin und eine Ordinationsassistentin haben Drehtürpatient*innen jedoch ausschließlich mit der „psychischen Gesundheit“ in Verbindung gebracht. Die „Schuld“ am Drehtüreffekt wird zum Teil in den Personen (mangelnde Gesundheitskompetenz und Einsicht, Redebedarf) verortet, zum Teil aber auch im System (mangelnde Ressourcen, inadäquate Versorgung, Zeitmangel). Als Drehtüreffektverstärker werden Unbewusstsein der betroffenen Personen über ihre „Hauptprobleme“, Scham sich diese einzugestehen sowie die durch die Gesellschaft stigmatisierte Inanspruchnahme psychosozialer Gesundheitsleistungen verstanden. Im Hinblick auf die Frage nach einem möglichen Unterschied zwischen dem Umgang mit Drehtürpatient*innen und dem Umgang mit anderen Patient*innen konnten durchaus Unterschiede festgestellt werden. Obwohl alle Befragten geantwortet haben, dass kein Unterschied existiert, hat der Großteil auf eine vermehrte Investition von Zeit verwiesen. Weiters scheint es einen vorsichtigeren Umgang mit Drehtürpatient*innen zu geben, wenn versucht wird ein gemeinsames Problemverständnis zu entwickeln.

Auch bei der Frage nach der Rolle, die die verschiedenen Professionist*innen der Sozialen Arbeit im Umgang mit (Drehtür-)Patient*innen zuschreiben, zeigte sich eine große Varianz bei den Angaben der Expert*innen. Einige haben angeführt, dass Sozialarbeit ausschließlich für Krisenintervention zuständig sei, während andere der Meinung waren, dass sie ausschließlich für die Alltagsunterstützung der Patient*innen verantwortlich sei, oder beide Aufgaben übernehmen könne. Im Hinblick auf die Notwendigkeit scheint Soziale Arbeit für manche Professionist*innen ein Fixbestandteil des Teams zu sein. Andere wiederum schreiben ihr nur unter der Voraussetzung einer Spezialisierung Relevanz zu. Oder sie scheint als nette Ergänzung angesehen zu werden, die jedoch nicht unbedingt gebraucht wird. Insgesamt wissen viele Expert*innen und die interviewte Patientin nicht so genau, welche Fähigkeiten und Kenntnisse Sozialarbeit tatsächlich innehat.

5.2 Empfehlungen & Ausblick

Aus den dargestellten Ergebnissen konnten einige Empfehlungen für die Sicherung einer nachhaltig biopsychosozialen Gesundheitsversorgung, die zusätzlich niederschwellig und flächendeckend ist, abgeleitet werden. Um dieses Ziel erreichen zu können ist es unumgänglich, dass seitens der Fördergeber*innen ausreichend finanzielle Mittel zur Verfügung

gestellt werden. Denn nur dadurch kann breite Multiprofessionalität, welche die Voraussetzung für eine ganzheitliche Versorgung ist, finanziert werden.

Multiprofessionalität an und für sich reicht jedoch nicht aus, weil eine enge Vernetzung der Expert*innen untereinander und deren aktive Zusammenarbeit notwendig sind. Mit dieser Interdisziplinarität sollte einhergehen, dass den einzelnen Gesundheitsberufen sowohl seitens anderer Professionist*innen als auch seitens der Gesellschaft Wissen über ihre Kompetenzen und Wertschätzung für ihre Leistungen entgegengebracht werden. In Bezug auf Sozialarbeit als unsichtbare Profession, würde das im beruflichen Kontext bedeuten, dass sie durch Vernetzung versuchen muss, bei den anderen Berufsgruppen Verständnis für ihre Tätigkeiten herzustellen. Eine weitere Möglichkeit für Primärversorgungszentren wäre die gezielte Durchführung von Vorstellungsveranstaltungen, in deren Rahmen jede Berufsgruppe die Chance hat die eigenen Kompetenzen zu präsentieren. Darüber hinaus könnten Leistungskataloge erstellt werden, auf die alle Professionist*innen zugreifen können. Im gesellschaftlichen Kontext bräuchte es intensive Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit über Sozialarbeit und andere Gesundheitsberufe, um die Bevölkerung einerseits darüber zu informieren und darauf aufmerksam zu machen. Andererseits soll dadurch erwirkt werden, dass die Inanspruchnahme dieser und vergleichbarer Leistungen entstigmatisiert wird.

Zusätzlich spielt Intradisziplinarität eine wesentliche Rolle, weil einzelne Professionist*innen ihre Interventionsentscheidungen durch diesen fachlichen Austausch besser reflektieren können. Besonders für den Berufseinstieg in der Primärversorgung könnte ein intradisziplinärer Austausch unterstützend wirken. Durch den Rückhalt auf Berufsebene fiele es den Berufseinsteiger*innen vermutlich leichter ihre Zuständigkeiten und Fähigkeiten anderen Berufsgruppen gegenüber selbstbewusster zu artikulieren und zu vertreten. Die Organisation der Intradisziplinarität könnte in Form einer Interessensvertretung stattfinden.

Darüber hinaus ist die Stärkung der Gesundheitskompetenz ebenfalls wesentlich für die zukünftige Entwicklung der Primärversorgung. Einerseits wäre eine Schulung dieser bereits im Schulalter sinnvoll. Andererseits umfasst die Steigerung der Gesundheitskompetenz auch Empowerment durch die Gesundheitsprofessionist*innen und strukturelle Änderungen in Bezug auf die Unübersichtlichkeit der Versorgungslandschaft.

Zukünftige Forschungsarbeiten und / oder Projekte zu diesem Thema könnten sich folglich mit der Organisation eines Interessensverbandes für Sozialarbeit (aber auch für andere Gesundheitsberufe), Maßnahmen zur Stärkung der allgemeinen Gesundheitskompetenz, Modellen einer gelingenden, interprofessionellen Kooperation sowie Projekten zur Aufklärung anderer Professionist*innen und der Bevölkerung über die Tätigkeiten und Kompetenzen von Sozialarbeit auseinandersetzen.

Literatur

BMASGK – Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2014): „Das Team rund um den Hausarzt. Konzept für multiprofessionelle und interdisziplinäre Primärversorgung in Österreich.“ https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/2/6/CH3973/CMS1404305722379/p_rimaerversorgung.pdf [19.12.2018].

Dietrich, Martin / Znotka, Matti (2017): „Ideas are easy. Implementation is hard.“ – Kooperation und Vernetzung aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht unter besonderer Berücksichtigung des unternehmerischen Risikos: Ein geschäftsmodellbasierter Ansatz. In: Brandhorst, Andreas / Hildebrandt, Helmut / Luthe, Ernst-Wilhelm (Hg.Innen): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems, Gesundheit. Politik – Gesellschaft – Wirtschaft, o. A., Wiesbaden: Springer VS, 139-166.

Ertelt, Bernd-Joachim / Schulz, William E. (2019): Handbuch Beratungskompetenz. Mit Übungen zur Entwicklung von Beratungsfertigkeiten in Bildung und Beruf. 4. Auflage, Wiesbaden: Springer Gabler.

Finker, Susanna / Eglseider, Hermann / Zahorka, Florian (2017): Sozialarbeit in der Primärversorgung. Informationsunterlage für Interessierte. https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2018/07/Sozialarbeit-in-PV_Argumentationsunterlage.pdf [02.04.19].

Fischer, Timo / Schauppenlehner, Matthias (2018): Die Stärkung der Primärversorgung in Österreich – ein erster Zwischenstand. In: Soziale Sicherheit. Nummer 1, o.A., 22-32. <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.649282&version=1518433009> [11.02.2019].

Flick, Uwe (2016): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. 3. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.

Franzkowiak, Peter / Homfeldt, Hans Günther / Mühlum, Albert (2011): Lehrbuch Gesundheit. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.

Geißler-Piltz, Brigitte / Gerull, Susanne (2009): Fazit. Glückliche Profession im fremden Land. In: Geißler-Piltz, Brigitte / Gerull, Susanne (Hg.Innen): Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings. Opladen, Farmington Hills MI: Budrich UniPress, 155-157.

Kaba-Schönstein, Lotte / Kälble, Karl (2000): Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen. Analyse von Curricula des Studiums der Sozialen Arbeit und der Medizin. In: Sting, Stephan / Zurhorst, Günter (Hg.): Gesundheit und Soziale Arbeit. Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Praxisfeldern Sozialer Arbeit, Reihe Dresdner Studien zur Erziehungswissenschaft und Sozialforschung, o.A., Weinheim, München: Juventa, 197-219.

Kickbusch, Ilona (2016): Geleitwort. In: Health Literacy: Begriff, Konzept, Relevanz. In: Schaeffer, Doris / Pelikan, Jürgen M. (Hg.Innen): Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Bern: hogrefe, 7-8.

Köchert, Julian / Ta, Tri / Wojtal, Paulina (2016): Das biopsychosoziale Modell. In: Köchert, Julian / Ta, Tri / Wojtal, Paulina (Hg.Innen): Geschlechtsspezifische Prävention des Diabetes Typ-2. Chancen einer Individualisierten Medizin. Wiesbaden: Springer VS, 20-25.

Kusay-Merkle, Ursula (2018): Agiles Projektmanagement im Berufsalltag. Für mittlere und kleine Projekte. Berlin: Springer Gabler.

Mitzkat, Anika / Berger, Sarah / Reeves, Scott / Mahler, Cornelia (2016): Mehr begriffliche Klarheit im interprofessionellen Feld – ein Plädoyer für eine reflektierte Verwendung von Terminologien im nationalen und internationalen Handlungs- und Forschungsfeld. Anhang 1. <https://www.egms.de/tools/download.jsp?path=journals/zma/2016-33/zma001035.a1de.pdf&mime=application/pdf&name=Anhang.pdf> [22.03.2019].

Mühlum, Albert / Gahleitner, Silke Brigitta (2011): Schwerpunktbildung oder (Sub-)Spezialisierung? – Teil 1. Zur „doppelten Spezialisierungsdebatte“ Klinischer Sozialarbeit. In: Kraus, Björn / Effinger, Herbert / Gahleitner, Silke Brigitta / Miethe, Ingrid / Stövesand, Sabine (Hg.Innen): Soziale Arbeit zwischen Generalisierung und Spezialisierung. Das Ganze und seine Teile. Reihe Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit, Band 3, Opladen, Berlin, Farmington Hills MI: Barbara Budrich, 235-243.

Pantuček, Peter (2011): Soziale Arbeit generell und speziell. Tiefenbohrungen in der österreichischen Landschaft. In: Kraus, Björn / Effinger, Herbert / Gahleitner, Silke Brigitta / Miethe, Ingrid / Stövesand, Sabine (Hg.Innen): Soziale Arbeit zwischen Generalisierung und Spezialisierung. Das Ganze und seine Teile. Reihe Theorie, Forschung und Praxis der Sozialen Arbeit, Band 3, Opladen, Berlin, Farmington Hills MI: Barbara Budrich, 43-56.

Pantuček, Peter (2012): Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. 3. Auflage, Wien, Köln, Weimar: Böhlau.

Redelsteiner, Christoph (2018): Soziale Arbeit als Gesundheitsberuf. In: Flemmich, Günter / Hais, Angelika / Schmid, Tom (Hg.Innen): Gesundheitsberufe im Wandel. Reihe Medizin, Band 21, Wien: LIT, 157-173.

Rosentreter, Michael / Pundt, Johanne (2014): Kernaspekt: Sicherheit erfordert Kommunikation. In: Pundt, Johanne (Hg.In): Patientenorientierung: Wunsch oder Wirklichkeit? Bremen: Apollon University Press, 237-239.

Schaeffer, Doris / Pelikan, Jürgen M. (2017): Health Literacy: Begriff, Konzept, Relevanz. In: Schaeffer, Doris / Pelikan, Jürgen M. (Hg.Innen): Health Literacy. Forschungsstand und Perspektiven. Bern: hogrefe, 11-18.

Sørensen, Kristine / Van den Broucke, Stephan / Fullam, James / Doyle, Gerardine / Pelikan, Jürgen / Slonska, Zofia / Brand, Helmut / Consortium Health Literacy Project European (2012): Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2458-12-80> [28.03.2019].

Strauss, Anselm / Corbin, Juliet (1996): Grounded Theory. Grundlagen Qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

WHO – World Health Organisation (1978): Erklärung von Alma Ata. http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf [19.12.2018].

Daten

T1, Transkript von Interview 1 mit einem Allgemeinmediziner eines Primärversorgungszentrums, erstellt von Gugler Sophie, Interview am 30.01.2019.

T2, Transkript von Interview 2 mit einer Psychotherapeutin eines Primärversorgungszentrums, erstellt von Gugler Sophie, Interview am 30.01.2019.

T3, Transkript von Interview 3 mit einer Sozialarbeiterin eines Primärversorgungszentrums, erstellt von Gugler Sophie, Interview am 30.01.2019.

T4, Transkript von Interview 4 mit einem Allgemeinmediziner eines Primärversorgungszentrums, erstellt von Gugler Sophie, Interview am 04.02.2019.

T5, Transkript von Interview 5 mit einer Ordinationsassistentin eines Primärversorgungszentrums, erstellt von Gugler Sophie, Interview am 19.02.2019.

T6, Transkript von Interview 6 mit einem Allgemeinmediziner einer Hausärzt*innenpraxis, erstellt von Gugler Sophie, Interview am 21.02.2019.

T7, Transkript von Interview 7 mit einer Psychotherapeutin eines Primärversorgungszentrums, erstellt von Gugler Sophie, Interview am 27.02.2019.

T8, Transkript von Interview 8 mit einer Patientin einer Hausärzt*innenpraxis, erstellt von Gugler Sophie, Interview am 28.02.2019.

T9, Transkript von Interview 9 mit einer Ordinationsassistentin einer Hausärzt*innenpraxis, erstellt von Gugler Sophie, Interview am 28.02.2019.

T10, Transkript von Interview 10 mit einem Sozialarbeiter eines Primärversorgungszentrums, erstellt von Amblaczky Adriana, Interview am 05.03.2019.

Abkürzungen

WHO World Health Organisation

Abbildungen

Abb. 1: Fonds Gesundes Österreich nach Dahlgren, G., Whitehead, M. (1991): Einflussebenen der persönlichen und Bevölkerungsgesundheit. http://fgoe.org/sites/fgoe.org/files/2017-10/Determinanten_farbe_0.jpg [23.03.2019].

Anhang

Leitfaden

Türöffner

- Projekt erklären & Möglichkeit der Ergebnisübermittlung ansprechen
- Anonymität abklären – Einverständniserklärung
- Tonbandaufnahme abklären

Mundöffner-Frage:

- Seit wann sind Sie im Gesundheitsbereich tätig?

Definitionsfragen:

- Welche Definition von Gesundheit vertreten Sie?
 - Welche Aspekte umfasst dieser Zustand Ihrer Ansicht nach?
- Was verstehen Sie unter dem biopsychosozialen Modell?
 - Inwiefern ist es in Ihrer beruflichen Praxis relevant?
- Was verstehen Sie unter dem Begriff Drehtürpatient*in?
 - Wodurch identifizieren Sie Menschen als Drehtürpatient*innen?
 - Wie unterscheiden Sie zwischen Drehtürpatient*innen und anderen Patient*innen?
- Wie aktuell ist das Thema Drehtürpatient*innen in Ihrer Primärversorgungseinheit?
 - Wie viele Drehtürpatient*innen gibt es circa derzeit bei Ihnen?

Anliegen & Vorgehensweise:

- Welche Probleme und Anliegen tragen Drehtürpatient*innen an Sie heran?
 - Wie reagieren Sie auf diese?
 - Worin unterscheidet sich Ihr Umgang mit Drehtürpatient*innen im Vergleich zum Umgang mit anderen Patient*innen?
- Welche Rolle spielt das biopsychosoziale Modell bei Ihrem Umgang mit Drehtürpatient*innen? Welche Rolle spielt es bei Ihrem Umgang mit anderen Patient*innen?
 - Wie könnte sich Ihr Verständnis vom biopsychosozialen Modell auf Ihren Umgang mit Drehtürpatient*innen auswirken? Wie könnte es sich auf deren gesundheitliche Situation auswirken?
 - Woran könnten Sie das erkennen?
- Machen Sie auch Hausbesuche?
 - Wenn ja, wovon hängt das ab?

- Was ist dabei anders?
- Welche Teammitglieder sind ebenfalls aufsuchend tätig?
- Wie gehen Sie vor, wenn Sie einen Drehtürpatienten / eine Drehtürpatientin haben? Bitte schildern Sie mir ihre Vorgehensweise.

Persönliche Einschätzung:

- Woran könnte es liegen, dass Personen zu Drehtürpatient*innen werden?
 - Wie könnte man das verhindern / frühzeitig abfangen?
- Was benötigen Drehtürpatient*innen Ihrer Meinung nach?
 - Wie gehen Sie vor, wenn Sie das Gefühl haben, Sie können Ihren Patient*innen mit Ihrer fachlichen Expertise nicht mehr weiterhelfen?
- Welche Rolle spielt das multiprofessionelle Team bei der Behandlung und Betreuung von Drehtürpatient*innen aus Ihrer Sicht?
- Gibt es Modelle oder Strukturen, die Ihrer Meinung nach eine adäquate Betreuung von Menschen mit psychosozialen Problemen auf der Primärversorgungsebene ermöglichen würden? Wenn ja, welche?

Interviewende:

- Was ist für Sie offengeblieben? Was möchten Sie noch ergänzen?

101 A: Jo des is praktisch. Okee..und wo-wie definieren Sie den Begriff Drehtürpatient*innen?

102 B: Jo. (B lacht, A lacht auch)..do hobi scho nochdocht drüwa, ah..i man Drehtürpatientn

103 versteht ma grundsätzlich Patientn, die ah sehr häufig kommen, jo, die, die, sozusong. Da

104 Grund is woascheinlich, dass des passiert is, dass sie eher noch nicht zufrieden sind, oder

105 unzufrieden weggehen und relativ bald wiederkommen, weil sie nu ned de entsprechende, ah,

106 Hilfe bekommen haum.

107 A: Mhm, jo

108 B: ned, des hast de gengan ah fuan raus und hintn wieda rein, ned (A lacht) des is a so, so,

109 rundumadum, ahhh und des...i-is sicha..im Einzelfoi maunchmoi a Problem, owa hängt mid

110 verschiedenen Faktoren zaum, ned oiso des is..jo i glaub de Froge kumd e nu dass des daun

111 A: Jo, i man Sie kenans glei

112 B: mid wos, wos zaumhengt, ned, owa, ahm, a-an Punkt seh I in da doch oft mangelnden

113 Zeitressource, dasma jetzta ois Oazt zu wenig Zeit hod und da Patient dadurch nu ned des

114 Gefühl hod, der Oazt hod jetz wirklich vastaundn ah, wosma föhd u-u-und da Patient hod owa

115 a nu ned akzeptiert wosma jetz geng seine Beschwerdn duan muas, oiso dass do des-des

116 Verständnis nu ned do is und dadurch gehtma weg und daun sogtma >Jetzt howi grod nu a

117 Medikament griagt, owa, i, jetz bini ma goa ned sicha soi i des nehma oda ned und daun jo,

118 jetzt geh i hoid nuamoi zum Oazt.<, na

119 A: Oke

120 B: und muasn wieda frong und des, des is oft..oiso meine Erfoarung is, sich einmal a bisschen

121 mehr Zeit zu nehmen min Patientn..i-is besser und verhindert diesen Drehtüreffekt, dasa zu

122 oft kommt, ne oiso

123 A: Des hast, des mochn Sie a in da

124 B: Des, des vasuach ma natürlich, und do hüft uns natürlich jetzt a, ah, de-de Teamoaweit,

125 ned, dasi oiso sog „Oke

126 A: Jo

127 B: i muas jetzt nimma – früher in da Einzelpraxis howi ka Psychotherapeutin verfügbor ghobt,

128 de Wortezeitn auf an Psychotherapieplotz

129 A: auf an Kassnplotz, jo is e kloa

130 B: woan zwa, drei Monat, ah, do haums daun meistns a nu wos zoin miasn dafür, ah,

131 söwa..oiso des woa ned, und do hod mi hoid, hod ma hoid mehr söwa mochn miasn, und mid

132 de Leid söwa mehr redn, ah,..wos natürlich Zeitressourcen

133 A: Jo is e kloa

134 B: ah, verschlingt, ah, de ma jetzt wieda für aundere Dinge ahh vawenden kinan, wei

135 des..oiso..ah besser passt. Oba unsa Aufgob is hoid..primär, um-um diesen Effekt zu

136 vermeiden, amoi herauszufinden, wo liegt das Problem

dasma jetzta ois Oazt zu wenig Zeit hod und da Patient dadurch nu ned des Gefühl hod, der Oazt hod jetzt wirklich vastaundn ah, wosma föhd u-u-und da Patient hod owa a nu ned akzeptiert wosma jetz geng seine Beschwerdn duan muas, oiso dass do des-des Verständnis nu ned <u>do</u> is und dadurch gehtma weg und daun sogtma >Jetzt howi grod nu a Medikament griagt, owa, i, jetz bini ma goa ned sicha soi i des nehma oda <u>ned</u> und daun jo, jetzt geh i hoid nuamoi zum Oazt.<, na (Z113-118) A: Oke (Z119) B: und muasn <u>wieda</u> frong und des, des is oft..oiso meine Erfoarung is, sich einmal a bisschen mehr Zeit zu	Ursachen & Auswirkungen des Drehtüreffekts	Ursachen des Drehtüreffekts Verständnis für Problem Einsicht Beschwerden Auswirkungen des Drehtüreffekts	Zeitmangel – Zeitüberfluss; zufrieden – unzufrieden Vorhanden – nicht vorhanden; herstellbar – nicht herstellbar; subjektiv – objektiv; oberflächlich – tiefgehend Vorhanden – nicht vorhanden; subjektiv – objektiv; herstellbar – nicht herstellbar; bewusst – unbewusst Vorhanden – nicht vorhanden; viel – wenig; gravierend – nicht gravierend; behebbar – nicht behebbar; bewusst – unbewusst Unverstanden – verstanden; Einsicht – keine Einsicht; wiederkommen – zu Hause bleiben; verunsichert – nicht verunsichert;	Die mangelnde Zeit für die Patient*innen sieht der Arzt als potenziellen Auslöser des Drehtüreffekts, da sich die Patient*innen somit nicht wahrgenommen und verstanden fühlen. Dieses Verhalten könnte aber auch so interpretiert werden, dass Drehtürpatient*innen Eigenfürsorge betreiben, weil sie noch nicht das Gefühl haben, dass ihre Probleme adäquat behandelt wurden und deshalb hartnäckig bleiben. Dadurch beweisen sie folglich Gesundheitskompetenz, weil sie auf ihren Körper hören. Der Arzt deutet weiters an, dass manche Patient*innen darauf hingewiesen werden, dass sie eventuell ein anderes „Hauptproblem“ haben und deshalb bestimmte Angewohnheiten ändern „müssten“. Dabei spielt er darauf an, dass viele dieser Menschen keine Einsicht oder kein Verständnis für diesen ärztlichen Rat aufbringen können. Er sieht also auch die fehlende „Einsicht“ der Patient*innen als möglichen Auslöser des Drehtüreffekts. Das führe dazu, dass die Patient*innen nach Hause gehen und nach kurzer Zeit überle-
--	---	---	--	---

nehmen min Patientn..i- is besser und verhindert diesen Drehtüreffekt, dasa zu oft kommt, ne oiso (Z120-122)	Vorgehensweise beim Drehtüreffekt	Verunsicherung	Vorhanden – nicht vorhanden; viel – wenig; begründet – unbegründet; reflektiert – unreflektiert	gen, ob die Behandlung, die sie be- kommen haben, überhaupt die Richtige ist. Dieser Zweifel führt dazu, dass sie entweder aus man- gelnder Kenntnis anderer Exper- t*innen, mangelnden Alternativen in der Nähe oder aus mangelnder Ein- sicht wieder zum Hausarzt kommen und ihn (hinter-)fragen. Als Lösung führt der Arzt aus eigener Erfahrung an, dass man sich prä- ventiv, zu Beginn jeder Handlung mehr Zeit für das Gespräch und die Patient*innen nehmen sollte. Das impliziert, dass er mit Drehtürpati- ent*innen vertraut ist, seine Behand- lungsmethode auch so erfolgt und er positive Erfahrungen damit gemacht hat. Durch dieses Mehr an Zeit könne man den Drehtüreffekt verhindern oder sehr reduzieren.
		Medikament	Nehmen – nicht nehmen; effektiv – ineffektiv;	
		Position	Erfahren – nicht erfahren; bewusst – unbewusst; wichtig – unwichtig; subjektiv – objektiv; machtvoll – machtlos; anerkannt – nicht anerkannt	
		Zeit	Vorhanden – nicht vorhanden; nehmen – nicht nehmen; mehr - weniger	
		Drehtüreffekt	Vorhanden – nicht vorhanden; bewusst – unbewusst; verhindern – nicht verhindern; stark – schwach; entstehen – nicht entstehen	

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Sophie Gugler**, geboren am **03.08.1997** in **Steyr**, 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. Peter/Au, am **29.04.2019**

Gugler Sophie