

# Zusammenhänge zwischen Menschen mit psychosozialen Problemlagen und dem Drehtüreffekt

## Die Rolle der Sozialen Arbeit in der Betreuung

Adriana Amblaczky, Matr.Nr. 1610406301

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

## Abstract

In dieser Forschungsarbeit wurden die Zusammenhänge, die dazu führen, dass Menschen mit psychosozialen Anliegen oft zu Drehtürpatient\_innen werden, aufgedeckt und die Rolle der Sozialen Arbeit bei der adäquaten Betreuung von Menschen mit psychosozialen Anliegen auf der Primärversorgungsebene erforscht. Dabei wurden Expert\_innen-Interviews mit Fachkräften der Sozialen Arbeit, der Allgemeinmedizin, der Psychotherapie und auch mit Patient\_innen durchgeführt. Die Daten wurden mittels der Auswertungsmethode des offenen Kodierens ausgewertet. Die zentralen Ergebnisse der Forschung untermauern, dass die Qualität der Betreuung von Menschen mit psychosozialen Problemen auf der Primärversorgungsebene einen starken Einfluss auf den Drehtüreffekt hat und die soziale Arbeit eine bedeutende Rolle in der Betreuung hat.

This research paper explores the backgrounds that lead people with psychosocial concerns to become Heavy Users, and reveals the role of social work in providing adequate care for people with psychosocial concerns, at the primary care level. Interviews with specialists were conducted with professionals from the area of social work, general medicine, psychotherapy and also with patients. The data was evaluated by using the method of open coding. The key findings of the research substantiate that the quality of care of people with psychosocial problems on the primary care level strongly relates to the phenomena of Heavy Users, and that social work plays a significant role in caring.

# Inhalt

<b>Abstract</b> .....	<b>2</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>5</b>
1.1 Themenrelevanz zu Projekt und Forschungsinteresse .....	5
1.2 Hypothesen.....	6
<b>2 Fragestellung</b> .....	<b>7</b>
2.1 Hauptfrage und Unterfragen.....	7
<b>3 Begriffsdefinitionen</b> .....	<b>8</b>
In diesem Kapitel werden die, für die Arbeit wichtigen, Begriffe erläutert. ....	8
3.1.1 Drehtürpatient_innen .....	8
3.1.2 Psychosoziale Anliegen.....	8
3.1.3 Primärversorgung .....	8
3.1.4 Primärversorgungseinheit (PVE) .....	9
<b>4 Forschungsprozess</b> .....	<b>9</b>
4.1 Forschungsfeld .....	9
4.1.1 Primärversorgungseinrichtung, PVE .....	10
4.2 Zugang zum Feld und der Fokus der Forschungsarbeit .....	10
4.3 Erhebungsmethoden .....	11
4.3.1 Teilnehmende Beobachtung.....	11
4.3.2 Expert_innen-Interviews .....	11
4.4 Auswertungsmethode: Offenes Kodieren.....	12
<b>5 Forschungsergebnisse</b> .....	<b>12</b>
5.1 Die Beobachtung .....	12
5.2 Zusammenhänge zwischen Menschen mit psychosozialen Anliegen und dem Drehtüreffekt .....	13
5.2.1 Drehtürpat_innen aus verschiedenen Blickwinkeln.....	13
5.2.2 Anliegen der Drehtürpatient_innen.....	14
5.2.3 Sichtweisen von Drehtüreffekt und stationärem Aufenthalt .....	15
5.2.4 Interpretation und Zusammenfassung der Ergebnisse von Kapitel 5.2 .....	16
5.3 Adäquate Betreuung von Menschen mit psychosozialen Problemlagen .....	17
5.3.1 Zusammenarbeit.....	17
5.3.2 Niederschwelliger Zugang zu generalisierten sozialarbeiterischen Angeboten .	18
5.3.3 Gemeinwesen- und Gruppenangebote .....	18
5.3.4 Bedarfsangepasste Betreuung .....	19
5.3.5 Aufsuchende und mobile soziale Arbeit .....	20
5.3.6 Interpretation und Zusammenfassung der Ergebnisse von Kapitel 5.3 .....	20
5.4 Die Rolle der Sozialen Arbeit in der Betreuung oder wie könnte Soziale Arbeit bei der Betreuung zielgerichtet mitwirken? .....	21
5.4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse von Kapitel 5.5.....	21

5.5	Sicht der Patient_innen .....	22
5.5.1	Interpretation und Zusammenfassung der Ergebnisse von Kapitel 5.5 .....	22
5.6	Ansätze und Modelle für eine adäquate Betreuung von Menschen mit psychosozialen Anliegen (aus der Literatur) .....	23
5.6.1	Interpretation und Zusammenfassung des Kapitels 5.6 .....	24
<b>6</b>	<b>Resümee .....</b>	<b>25</b>
<b>7</b>	<b>Forschungsausblick.....</b>	<b>28</b>
<b>8</b>	<b>Literatur.....</b>	<b>28</b>
<b>9</b>	<b>Daten .....</b>	<b>30</b>
<b>10</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>31</b>
<b>11</b>	<b>Eidesstattliche Erklärung.....</b>	<b>33</b>

# 1 Einleitung

In der folgenden Arbeit liegt der Fokus auf der Entdeckung womöglich bestehender Zusammenhänge zwischen der Entstehung des Drehtüreffekts und der Betreuung von Menschen mit psychosozialen Problemen. Es wird untersucht, welche Zusammenhänge und Faktoren dazu führen, dass Menschen mit psychosozialen Problemen oft zu Drehtürpatient\_innen werden. Die Arbeit befasst sich außerdem damit, welche mögliche Rolle die Soziale Arbeit in der Betreuung von Menschen mit psychosozialen Problemlagen annehmen könnte.

Das Ziel der Arbeit ist es, zu untersuchen, welche Zusammenhänge und Faktoren bei der Entstehung des Drehtüreffekts eine Rolle spielen. Ein weiteres Ziel der Arbeit ist es, adäquate Konzepte für die Betreuung von Menschen mit psychosozialen Anliegen zu beleuchten und zur Diskussion zu stellen.

Das Datenmaterial für die Untersuchung wurde mittels leitfadengestützten Expert\_innen-Interviews gesammelt. Die Daten wurden mit der Methode des offenen Kodierens ausgewertet. Im ersten Teil dieser Arbeit werden die Themenrelevanz zum Projekt, das Forschungsinteresse, die Hypothesen, die Fragestellung, die Begriffsdefinitionen und der Forschungsprozess beschrieben. Im zweiten Teil der Arbeit folgen die Auswertung und die Darstellung der Ergebnisse. Abschließend folgen das Resümee und der Forschungsausblick. Aus Gründen des Datenschutzes dürfen, nach Absprache mit der Leitung der erforschten Einrichtungen und allgemeinmedizinischen Praxen, keine Namen oder nähere Bezeichnungen angeführt werden.

## 1.1 Themenrelevanz zu Projekt und Forschungsinteresse

Der Ausgangspunkt der Untersuchung ist das gemeinsame Bachelorprojekt, „Sozialarbeiterische Handlungskonzepte bei wiederholter Inanspruchnahme im Gesundheitswesen“, ausgeschrieben von der FH Sankt Pölten. Der Schwerpunkt des Projekts liegt beim Aufzeigen möglicher sozialarbeiterischer Handlungskonzepte und bei der Diskussion der Rolle der Sozialarbeit in der Betreuung von Drehtürpatient\_innen.

In der folgenden Arbeit werden im Sinne des Projekts die Faktoren und Zusammenhänge, die zu wiederholter Inanspruchnahme führen, diskutiert.

Da davon ausgegangen wird, dass die wiederholte Inanspruchnahme im Gesundheitswesen oft mit psychosozialen Belastungen auf Seite der Patient\_innen einhergeht, liegt in der Arbeit ein besonderer Fokus auf Patient\_innen mit psychosozialen Problemen. Einen weiteren Fokus der Arbeit stellt die erste Ebene der Gesundheitsversorgung da. Der Grund dafür ist, dass die Datenerhebung auf beiden Ebenen (erste, zweite Ebene) der Gesundheitsversorgung den Rahmen der Arbeit sprengen würde. Weiters scheint es der Autorin wichtig zu sein, die möglichen präventiven Auswirkungen einer adäquaten Betreuung von Menschen mit psychosozialen Problemen aufzuzeigen (Erklärung folgt im Kapitel 1.2 Hypothesen).

Ein weiteres Argument ist, dass über den Drehtüreffekt auf der zweiten Ebene der Gesundheitsversorgung, im psychiatrischen Kontext und im Krankenhauskontext schon

zahlreiche Forschungen durchgeführt wurden. Es gibt viel weniger Untersuchungen, die die wiederholte Inanspruchnahme auf der Ebene der Primärversorgung untersuchen.

## 1.2 Hypothesen

Eine Vorannahme, die als Ausgangspunkt der Arbeit gilt, ist, dass Menschen mit psychosozialen Problemlagen oft auf wiederholte Inanspruchnahmen des Gesundheitssystems angewiesen sind, weil sie keine adäquaten Angebote oder Strukturen für die Behandlung ihrer Problemlagen finden können, oder weil es keine adäquaten Angebote gibt. Es gilt hier, eine Unterscheidung zwischen der ersten (Primärversorgung) und der zweiten Ebene der gesundheitlichen Versorgung zu machen. In der Arbeit wird betont die erste Ebene der Gesundheitsversorgung untersucht (allgemeinmedizinische Praxen und Primärversorgungszentren). Der Grund dafür ist, dass nach der Meinung der Autorin, hier große Kapazitäten der Prävention vorliegen. Wenn Klient\_innen und Patient\_innen auf der ersten Ebene der Gesundheitsversorgung ausreichend betreut werden können, braucht es weniger Betreuung auf der zweiten Ebene der Gesundheitsversorgung. Wenn die Betreuung auf der primären Ebene adäquat ausgeführt werden könnte und die psychosozialen Problemlagen früher entdeckt und behandelt werden könnten, würde es vermindert zu Chronifizierungen von (psychischen und somatischen) Krankheiten kommen. Deshalb wird dieses Interesse als eine mögliche Prävention gesehen.

Prävention ist auch ein in den Gesundheitszielen Österreichs formuliertes Ziel. Im GZ 9 werden unter dem Wirkungsziel 1: Handlungsfeld Gesundheitsförderung, Prävention und Früherkennung erwähnt (vgl. BMASGK 2019:10-14). Das GZ 9 – „Psychosoziale Gesundheit bei allen Bevölkerungsgruppen fördern“ – ist mit folgender Aussage begründet:

„Psychosoziale Gesundheit ist ein wichtiger Faktor für die Lebensqualität und steht in Wechselwirkung mit akuten und insbesondere chronischen Erkrankungen. Die Lebens- und Arbeitsbedingungen sollen so gestaltet werden, dass die psychosoziale Gesundheit in allen Lebensphasen gefördert wird und psychosoziale Belastungen und Stress möglichst verringert werden. Besonderes Augenmerk soll auf die Stärkung der Lebenskompetenzen und auf Maßnahmen zur Gewalt- und Suchtprävention (...) gelegt werden.“ (BMASGK 2019:11)

„Das Wirkungsziel adressiert die gesamte Bevölkerung, besonders aber vulnerable Gruppen und Personen in belastenden Lebenssituationen. Das Wirkungsziel soll unter Berücksichtigung von Gendergerechtigkeit und gesundheitlicher Chancengerechtigkeit umgesetzt werden.“ (BMASGK 2019:15)

Eine weitere Hypothese ist, dass einer der Hauptgründe dafür, dass Menschen mit psychosozialen Anliegen zu Drehtürpatient\_innen werden, das Vorhandensein einer strukturellen Lücke auf der Primärversorgungsebene in der Versorgung solcher Menschen ist. Menschen mit psychosozialen Anliegen können eine Betreuung erst dann bekommen (z. B. beim PSD), wenn sie bereits mit einer psychischen Krankheit diagnostiziert worden sind. Die Betreuung bei diesen Einrichtungen ist auch oft nicht intensiv genug, um die Verschlechterung der Symptome zu verhindern. Jene Menschen, bei denen (noch) keine psychische Krankheit diagnostizierbar ist, aber sie trotzdem psychosoziale Unterstützung bräuchten, haben in Österreich keine Anlaufstelle.

In Zusammenhang mit der vorher erwähnten Hypothese steht eine weitere Vorannahme, die wie folgt lautet: Das Einbeziehen von Sozialarbeiter\_innen in den allgemeinmedizinischen Praxen oder bei den Primärversorgungseinheiten (Definition befindet sich unter dem Kapitel 3 Begriffsdefinitionen) würde sich gegenüber Chronifizierungen psychischer Krankheiten präventiv auswirken und würde eine Verbesserung der Symptomatik von Menschen mit psychosozialen Belastungen bewirken. Die Begründung der Hypothese ist, dass die psychischen und sozialen Belastungen oft zusammenhängen und es fast unmöglich ist, sie getrennt zu behandeln. Soziale Arbeit kann durch ihre Expertise gleichzeitig psychische und soziale Belastungen erheben und behandeln. Daher ist sie, zusammen mit anderen Berufsgruppen (Medizin, Psychotherapie, Ergonomie) für die Betreuung von Menschen mit psychosozialen Anliegen geeignet.

## 2 Fragestellung

In diesem Kapitel werden die Hauptfrage und die Unterfragen der Arbeit vorgestellt.

### 2.1 Hauptfrage und Unterfragen

Die Hauptfrage lautet:

Welche Zusammenhänge führen dazu, dass Menschen mit psychosozialen Anliegen zu Drehtürpatient\_innen werden und wie könnte Soziale Arbeit bei der Betreuung zielgerichtet mitwirken?

Die ergänzenden Unterfragen sind:

- Wie könnte eine adäquate Betreuung von Menschen mit psychosozialen Problemen auf der Ebene der Primärversorgung aussehen?
- Wie sehen Drehtürpatient\_innen das „Problem“ der wiederholten Inanspruchnahme des Gesundheitswesens?

### 3 Begriffsdefinitionen

In diesem Kapitel werden die, für die Arbeit wichtigen, Begriffe erläutert.

#### 3.1.1 Drehtürpatient\_innen

Da der Begriff Drehtürpatient\_innen ein zentraler Begriff für das gemeinsame Projekt: „Sozialarbeiterische Handlungskonzepte bei wiederholter Inanspruchnahme im Gesundheitswesen“ ist, wurde die folgende Beschreibung in Übereinstimmung der Projekt-Mitglieder formuliert.

"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.“ (Projektteam 2019)

#### 3.1.2 Psychosoziale Anliegen

In dieser Arbeit versteht man unter dem Begriff „Psychosoziale Anliegen“, wenn Klient\_innen oder Patient\_innen sich in Problemsituationen befinden, die von psychischen und sozialen Belastungsfaktoren verursacht wurden. Zwischen den sozialen und psychischen Belastungsfaktoren besteht eine Wechselwirkung. Die sozialen Belastungsfaktoren können die Wirkungen der psychischen Belastungsfaktoren verstärken und umgekehrt auch. Psychosoziale Belastungsfaktoren können z. B. finanzielle Probleme, soziale Konflikte oder ungünstige Wohnverhältnisse sein. Das Empfinden, das durch die psychosozialen Belastungen entsteht oder daraus resultiert, wird psychosoziales Anliegen genannt.

Schnoor (2006) versteht psychosoziale Anliegen als Einschränkungen des psychischen und sozialen Wohlbefindens der betroffenen Personen. Es umfasst einen großen Themenbereich und vielfältige Problemstellungen des menschlichen Daseins. Es hat sowohl medizinische, biografisch bedingte als auch soziale und gesellschaftspolitisch fundierte Hintergründe (vgl. Schnoor 2006:14-15).

#### 3.1.3 Primärversorgung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat in Alma Ata (1978) die folgende Definition für den Begriff Primärversorgung formuliert: Primärversorgung ist eine grundlegende Gesundheitsversorgung, die auf praktischen, wissenschaftlich fundierten und sozial akzeptablen Methoden und Technologien basiert und für die ganze Bevölkerung niederschwellig zugänglich ist (vgl. WHO/Europa 2019:2).

„Sie [Primärversorgung; d. Verf.] ist die erste Ebene, auf der Einzelpersonen, Familien und die Gemeinschaft in Kontakt mit dem nationalen Gesundheitssystem treten, so dass die Gesundheitsversorgung so nahe wie möglich an Wohnort und Arbeitsplatz der Menschen gerückt wird, und stellt das erste Element eines kontinuierlichen Prozesses der Gesundheitsversorgung dar.“ (WHO/Europa 2019:2)

In dieser Arbeit wird der Begriff Primärversorgung im Sinne der oben genannten Definition verwendet.

### 3.1.4 Primärversorgungseinheit (PVE)

Eine Primärversorgungseinheit ist eine nach dem Primärversorgungsgesetz (PrimVG) errichtete Erstanlaufstelle im Gesundheitsversorgungssystem. Eine PVE kann als ein Zentrum oder als ein Netzwerk organisiert werden. Eine PVE wird Primärversorgungszentrum (PVZ) genannt, wenn alle Gesundheits- und Sozialberufe gemeinsam unter einem Dach arbeiten. In einem Netzwerk wird gemeinsam an mehreren unterschiedlichen Standorten gearbeitet und das Netzwerk tritt nach außen ebenfalls als Einheit auf. Die PVE können als Ärzte-Gruppenpraxis, als selbständiges Ambulatorium, als Verein oder als Genossenschaft gegründet werden (vgl. Hauptverband o.A.).

Nach der Definition des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, ist eine Primärversorgungseinheit...

„...die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.“ (RIS, 15a-Vereinbarung zur Organisation und Finanzierung im Gesundheitswesen – Begriffsbestimmung, Artikel 3.9 zit. in Hauptverband o.A.)

Bis 2021 sollen österreichweit 75 Primärversorgungszentren errichtet werden (vgl. ebd. o.A.). Eine erweiterte Beschreibung der PVE befindet sich unter dem Kapitel 4.1 Forschungsfeld.

## 4 Forschungsprozess

Im folgenden Kapitel wird der Forschungsprozess der Arbeit erläutert. Es werden das gewählte Feld, der Zugang zu diesem Feld, sowie der Fokus dieser Forschung vorgestellt. Als Abschluss werden die Datenerhebungsmethoden und die Auswertungsmethode präsentiert.

### 4.1 Forschungsfeld

Da die Forschung sich auf die erste Ebene der Gesundheitsversorgung konzentriert, wurden die verschiedenen Einrichtungen der Primärversorgungsebene als Forschungsfeld

ausgewählt. Die Untersuchung wurde in einer allgemeinmedizinischen Praxis und in vier Primärversorgungseinrichtungen (PVE) durchgeführt.

Der Großteil der Daten wurde in Primärversorgungseinheiten erhoben, weshalb es wichtig zu sein scheint, die Leistungen und den Aufbau der PVE näher zu beschreiben.

#### 4.1.1 Primärversorgungseinrichtung, PVE

In einer Primärversorgungseinrichtung sind Ärzt\_innen und weitere Gesundheits- und Sozialberufe unter einem Dach oder in einem Netzwerk vereint. Das Kernteam der PVE besteht aus Ärzt\_innen der Allgemeinmedizin, die mit Angehörigen der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflege zusammenarbeiten. Weiters besteht das Kernteam aus Ordinationassistent\_innen, sowie orts- und bedarfsabhängig einer/s Fachärzt\_in für Kinder- und Jugendheilkunde. In das erweiterte Team können weitere Gesundheits- und Sozialberufe, wie z.B. Sozialarbeit, Hebammenhilfe, klinische Psychologie, Psychotherapie, Ergotherapie, Logopädie oder Diätologie miteinbezogen werden (vgl. RIS, PrimVG § 2).

Das PrimVG sagt aus, dass eine PVE unter anderem die folgenden Leistungen sicherstellen muss: wohnortnahe Versorgung, Erreichbarkeit für Akutfälle auch außerhalb der Öffnungszeiten, Gewährleistung von Hausbesuchen, barrierefreier Zugang und Sicherstellung der Kontinuität in der Behandlung und Betreuung (vgl. RIS, PrimVG § 4). Das Gesetz besagt außerdem, dass der Leistungsumfang der Primärversorgungseinheit auch die psychosoziale Versorgung, die Gesundheitsförderung und Prävention und die Versorgung von chronisch kranken und multimorbiden Patientinnen und Patienten umfasst (vgl. RIS, PrimVG § 5).

#### 4.2 Zugang zum Feld und der Fokus der Forschungsarbeit

Der Zugang zu dem beforschten Feld wurde von der Projektleitung, von den Mitgliedern des Projektteams und von der Autorin selbst hergestellt.

Das Ziel der Arbeit – die Entdeckung womöglich bestehender Zusammenhänge zwischen der Entwicklung des Drehtüreffekts und psychosozialen Problemlagen auf der Ebene der Primärversorgung – definierte die Auswahl der Interviewpartner\_innen.

Da sich die Arbeit auf die Primärversorgungsebene fokussiert, war es schlüssig, die Interviews mit den verschiedenen Berufsgruppen, die in der Primärversorgungsebene tätig sind, durchzuführen. Dadurch konnten Zusammenhänge aus den Blickwinkeln der verschiedenen Berufe beleuchtet werden. Es war auch wichtig, die Sichtweise der selben Berufsgruppen (z. B. Ärzt\_innen) in verschiedenen Settings (allgemeinmedizinische Praxis und PVE) kennenzulernen und miteinander zu vergleichen.

Es wurden insgesamt 10 Interviews in drei verschiedenen PVZ, in einem PVE und in einer allgemeinmedizinischen Praxis geleitet. Die befragten Berufsgruppen waren Allgemeinmediziner, Sozialarbeiter\_innen und ein/e Psychotherapeut\_in. Um die Sicht Patient\_innen zu erheben, wurden drei Interviews mit Patient\_innen in einer allgemeinmedizinischen Praxis aufgenommen.

Die Interviews wurden teilweise in Zusammenarbeit mit den Studienkolleginnen der Projektgruppe, mit gemeinsam gestellten Leitfäden geführt. Der gemeinsam gestellte Leitfaden findet sich im Anhang.

### 4.3 Erhebungsmethoden

In diesem Kapitel werden die verwendeten Datenerhebungsmethoden der Forschung beschrieben.

#### 4.3.1 Teilnehmende Beobachtung

Das Hauptmerkmal der teilnehmenden Beobachtung ist, dass die/der Forscher\_in selbst zu einem wesentlichen Instrument der Datenerhebung wird. Bei der teilnehmenden Beobachtung reduziert sich die Distanz des Forschers zur beobachteten Situation. Es ist wichtig, die teilnehmende Beobachtung als einen Prozess zu verstehen. Wenn die Beobachtung am Anfang der Forschung durchgeführt wird, ermöglicht es dem/der Forscher\_in, einen Zugang zum Feld zu finden und eine bessere Orientierung im Untersuchungsfeld zu gewinnen. Eine zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführte Beobachtung ermöglicht die konkretere Fokussierung und Vertiefung der Fragestellung (vgl. Flick 2014:126).

Die teilnehmende Beobachtung wurde von der Autorin und von zwei weiteren Studienkolleginnen am Anfang des Forschungsprozesses durchgeführt und diente der besseren Orientierung im Untersuchungsfeld. Die Beobachtung hat die Komplexität des Feldes ersichtlich gemacht und hat teilweise zur Konkretisierung der Fragestellungen geführt. Über die Beobachtung wurde von der Autorin ein Protokoll erstellt, das im Ergebnisteil der Arbeit diskutiert wird.

#### 4.3.2 Expert\_innen-Interviews

Als wesentliche Datenerhebungsmethode wurde das leitfadengestützte Expertinnen-Interview gewählt. Die Auswahl fiel deshalb auf die leitfadengestützten Expert\_innen-Interviews, weil sie mit Hilfe zielgerichteter Fragen die Aufdeckung der Expertise der Befragten ermöglichte. Zusätzlich kann durch gezieltes Fragen der Fokus auf die konkrete Fragestellung gelegt werden. Im Zentrum der Interviews steht die Expertise der befragten Personen bezüglich eines bestimmten Themengebietes und weniger die Personen selbst. (vgl. Flick 2014:114-115).

Bei den darauffolgenden drei Patient\_innen-Interviews fiel die Wahl auch auf leitfadengestützte Interviews. Der Grund dafür, warum hier nicht das narrative Interview gewählt wurde, ist, dass die Forschung spezifische Zusammenhänge aufdecken wollte, die bei einem narrativen Interview ohne die Unterstützung der Leitfadenfragen unentdeckt bleiben könnten. Bei diesen leitfadengestützten Interviews stehen, im Gegensatz zu den Expert\_innen-Interviews, die Person und die individuellen Erfahrungen, sowie das persönlich Erlebte im Vordergrund. Bei den Patient\_innen-Interviews wurden die Fragen offener formuliert, bei den Expert\_innen-Interviews dagegen zielgerichteter. Die für die Interviews vorbereiteten Fragen wurden als Orientierungshilfe verwendet (vgl. ebd.:115).

Die geführten Interviews wurden mit Zustimmung der Befragten auf Tonband aufgenommen und zur weiteren Verwendung transkribiert.

#### 4.4 Auswertungsmethode: Offenes Kodieren

Zur Auswertung der Interviews wurde die Methode des Offenen Kodierens aus der „Grounded Theorie“ gewählt. Bei dieser Methode geht es darum, die Daten aufzubrechen, zu konzeptualisieren und neu zusammzusetzen. Dabei werden die Daten in einzelne Teile zerlegt, zergliedert und mit Begriffen (Kodes) versehen. Da den empirischen Daten zugeordnete Begriffe bzw. Kodes zuerst möglichst nahe am Text und später immer abstrakter formuliert werden, ermöglicht das die Entwicklung von Theorien (vgl. Flick 2009:168).

Das Offene Kodieren ermöglicht durch das Aufbrechen von Texten einen tiefgehenden Einblick in subjektive und objektive Sichtweisen, legt Sinnzusammenhänge und den dahinstehenden Sinn offen. Da in dem beforschten Feld nur wenig spezifisches, empirisch erforshtes Wissen zur Verfügung steht und das Gebiet noch relativ unerforscht ist, braucht es eine Methode, die es ermöglicht, tiefe Sinnzusammenhänge zu erkennen (vgl. Strauss 1991:57-61).

## 5 Forschungsergebnisse

In diesem Kapitel werden die ausgewerteten Daten dargestellt und interpretiert. In den Interpretationen werden auch Anhaltspunkte aus der Literatur diskutiert. Nach dem sinnführenden Sortieren der Ergebnisse wurden aufgrund der Haupt- und Unterfragen sechs Unterkapitel erstellt, die dann in der Folge nach Kategorien unterteilt wurden.

### 5.1 Die Beobachtung

Durch die direkte Beobachtung der ärztlichen Tätigkeit wurden die Unterschiede zwischen den ärztlichen und den sozialarbeiterischen Sichtweisen deutlich sichtbar. So ein Unterschied bezieht sich auf die Interpretation eines anamnestischen Gesprächs mit einem/r Patient\_in. Für eine/n „schwierigen“ Patient\_in, der/die vermutlich einen sozialen oder psychischen Behandlungsbedarf hat, wurden in der Ordination 8-15 Minuten für das Gespräch gerechnet (vgl. B1 Beobachtungsprotokoll). In der Sozialen Arbeit dauert die Anamnese meistens länger, weil die Verwendung verschiedener diagnostischer sozialarbeiterischer Instrumente mehr Zeit in Anspruch nimmt.

Dieser Unterschied, der aus den verschiedenen Kompetenzen und Werkzeugen dieser zwei Professionen herrührt, sollte durch Kommunikation und Zusammenarbeit zum Wohle des/r Patient\_in beachtet werden.

## 5.2 Zusammenhänge zwischen Menschen mit psychosozialen Anliegen und dem Drehtüreffekt

Diese Kategorie beinhaltet die Darstellung und die Interpretation von Ergebnissen, die mit dem Phänomen Drehtüreffekt zusammenhängen.

### 5.2.1 Drehtürpat\_innen aus verschiedenen Blickwinkeln

„...ah, des, des san Patientn und Patientinnen, ah... wo, wo, wo keine Lösung zustande kommt, jo, des san Leut, die..die ah..die praktisch..immer mid, mid, ned mim selben oba immer mid ähnlichen Problemen kommen, ah, und ah, und und wo's oba nicht gelingt wirklich ah..ah..auf den Kern des Problems so weit vorzustoßen, [...] Und des san natürlich daun genau de Patientn, die ah..die einfoch ah, die einfoch ah..mangels vorhandener Kompetenz, ah, hoid irgendwie [...] die einfoch ah..mangels vorhandener Kompetenz, ah, hoid irgendwie...ned, ned, ned guad behandelt werden, jo. Sie werden definitiv einfoch nicht gut behandelt.“ (TI3 Z172-180)

Im Verständnis des Begriffs „Drehtürpatient\_innen“ zeigten sich bei den verschiedenen Berufsgruppen gewisse Unterschiede. Die befragten Ärzte, unabhängig davon, ob sie in einem PVZ oder in einer allgemeinmedizinischen Praxis tätig waren, haben das „Immer-wieder-Kommen“ von Patient\_innen mit mangelnder ärztlicher Kompetenz oder/und mit mangelnden Zeitressourcen begründet (vgl. TI1:Z24-26; TI2:Z101-123) und sahen diese beiden Faktoren als Ursache dafür, dass sich die Allgemeinmediziner\_innen bei psychosozialen Problemstellungen nicht um die Adressierung kümmern können (vgl. TI3:Z171-180).

Zwei Sozialarbeiter\_innen assoziierten den Begriff eher mit Patient\_innen mit psychiatrischen Problemlagen. Teilweise verstanden sie unter dem Begriff solche Patient\_innen, bei denen sich „eine Kette von längeren und kürzeren stationären psychiatrischen Aufenthalten durchzieht“, die sich mit ambulanten Phasen abwechselt, und bei denen es wenig Veränderung in der Symptomatik gibt (vgl. TI4 Z29-31). Dieses Verständnis von Drehtürpatient\_innen stammt aus dem psychiatrischen Bereich und wurde schon in mehreren Studien (z. B. Böhm 2012) erforscht.

Andere Sozialarbeiter\_innen fassten diesen Begriff breiter. Sie verstanden unter diesem Begriff Patient\_innen, bei denen sich die Symptome auf einer anderen Ebene zeigen, als die Ursachen. Die Symptome liegen auf der körperlichen Seite, aber die wirkliche Ursache liegt auf der psychischen oder auf der sozialen Ebene. Die Ursache ist schwer erkennbar, und es braucht großen Willen und Anstrengung seitens des/r Patient\_in, damit die Ursache erhoben und bearbeitet werden kann (vgl. TI6 Z171-181).

Das unterschiedliche Verständnis des Begriffs Drehtürpatient\_innen zeigt, dass der Begriff noch relativ „neu“ ist. Noch vor nicht allzu langer Zeit wurde der Begriff meistens nur im psychiatrischen, stationären Bereich oder beim Notruf verwendet, um immer wiederkehrende Patient\_innen zu kennzeichnen (vgl. Böhm et al. 2012). Unser Begriff der Drehtürpatient\_innen ist weitergefasst und umfasst die ganze Breite der gesundheitlichen Versorgung (siehe Kapitel 3.1.1 Begriffsdefinitionen).

Die unterschiedlichen Sichtweisen der verschiedenen Professionen sind gut erkennbar. Daraus lässt sich schließen, dass zur Erzielung einer funktionierenden Zusammenarbeit zwischen den Professionen Aufklärung über die Denkweisen und Kompetenzen anderer Berufe von großer Wichtigkeit wäre.

### 5.2.2 Anliegen der Drehtürpatient\_innen

„... also, das Anliegen ist eine Besserung, das Anliegen ist ein Beschreiben-Wollen ihrer Symptome und die Suche nach Verbesserung.[...] Das heißt, vom Anliegen her, die Patienten treten eigentlich mit dem Anliegen heran, ich habe eine schwere Symptomatik, ähm, und ich möchte da Linderung. Und erst in der Anamnese stellt sich heraus, welche Belastungen denn da, welche psychosozialen Probleme denn da auftreten könnten.“ (T14 Z54-60)

Die Interviewpartner\_innen gaben bezüglich der Anliegen der Drehtürpatient\_innen eine heterogene Antwort. Die Patient\_innen kämen meistens mit somatischen Beschwerden (z.B. Kopfweh, Bauchweh, Rückenschmerzen, Schlafproblemen) in die Ordination. Wenn die Ärzt\_innen vermuteten, dass hinter den körperlichen Problemen soziale oder psychische Ursachen liegen, versuchten sie, ein passendes Angebot für die Patient\_innen zu finden, indem sie sie überwiesen. In einem PVZ haben sie die Möglichkeit, sie zu Psychotherapeut\_innen, Sozialarbeiter\_innen, usw. zu überweisen. In einer allgemeinmedizinischen Praxis muss sich der Arzt/ die Ärztin selbst nach der sozialen, psychiatrischen, psychologischen Landschaft erkunden und je nach Möglichkeiten überweisen. Nachdem es aber bei den ärztlichen Gesprächen nicht möglich ist, die genaue Ursache zu erheben (aus Zeitmangel, aus Kompetenzmangel), ist es oft schwierig bis unmöglich, ein passendes Angebot zu finden. Ein erschwerender Faktor ist, dass die soziale und psychologische Landschaft oft hochschwellig und spezialisiert ist (vgl. T11 Z44-54; T12 Z170-180; T13 Z185-195).

Nach Meinung der Sozialarbeiter\_innen und der Psychotherapeut\_innen kommen die Patient\_innen meist mit unausformulierten Anliegen zu ihnen, und erst in der Anamnese stellt sich heraus, welche Belastungen hinter den Symptomen stehen und was das genaue Anliegen ist (vgl. T17 Z170-175). Es wurde betont, dass es sehr selten vorkommt, dass jemand mit genau formulierten psychosozialen Anliegen kommt, wo er/sie schon die Zusammenhänge zwischen seinen/ihren psychosozialen Belastungen und den somatischen Symptomen erkennt. Es gibt aber von Seite der Patient\_innen eine große Bereitschaft, Zusammenhänge herzustellen und sie auszusprechen, Dynamiken zu erkennen, und durchaus auch Veränderungen in der Lebensführung in Erwägung zu ziehen (vgl. T14 Z80-97).

Die häufigsten Problemsituationen, die sich während der Anamnese zeigen, sind die psychischen Belastungen, die durch finanzielle Unsicherheit und Enge oder durch berufliche Stresssituationen verursacht werden (vgl. ebd. Z98-115). Es wird auch ein Unterschied in den Ausdrucksformen von Frauen und Männern erwähnt. Frauen können über ihre Probleme offener, leichter „von der Leber weg“ sprechen. Bei Männern dagegen werden die Probleme mehrschichtig gestapelt und eher humoristisch, zynisch ausgedrückt (vgl. ebd. Z60-67).

Für Menschen in psychosozialen Problemlagen ist es eine Herausforderung, dass ihre Belastungen oft vielschichtig und vielfältig sind und sie oft miteinander zusammenhängen. Da die Situation ein multifaktorielles Geschehnis ist, ist es schwierig zu entscheiden, worauf man den Fokus legen soll. Eine weitere Herausforderung für Menschen mit psychosozialen Problemen ist, dass es schwierig ist, ein geeignetes unterstützendes Angebot zu finden, und die Ursache, das Kernproblem oft noch gar nicht erhoben wurde. Sie brauchen dabei Unterstützung, das Problem zu erkennen und Zusammenhänge herstellen zu können. In den Interviews wurde geäußert, dass generalisierte sozialarbeiterische Angebote wünschenswert wären, weil sie eine Anlaufstelle sein könnten, bei denen Menschen kostenlos und

niederschwellig hingehen und alle generellen (psychosozialen) Probleme erhoben werden könnten (vgl. TI1 Z174-183; TI4 Z281-302).

In einigen Interviews wurde hervorgehoben, dass die Problemlagen oft Konsequenzen aus der Lebensführung oder aus biografischen Ereignissen sind, weshalb es manchmal längerer Zeit bedarf, bis die erwünschte Verbesserung eintritt. Ebenso wie bei einer chronischen Krankheit „müssen“ die Patient\_innen die Angebote der Gesundheitsversorgung länger und/oder öfters in Anspruch nehmen (vgl. TI5 Z251-246).

Aus den Antworten in den Expertinnen-Interviews wurde deutlich, dass es unterschiedliche Kategorien von Menschen mit psychosozialen Bedarf gibt. Eine Gruppe sind Menschen, die psychosoziale Probleme haben, deren psychische Belastungen aber (noch) nicht stark genug sind, dass sie zwingend eine psychiatrische Behandlung oder einen stationären Aufenthalt benötigen (vgl. TI5 Z257-260). Die andere Gruppe ist die, bei der schon diagnostizierte psychische Krankheiten vorhanden sind, und bei der die Menschen eine Nachbetreuung im Anschluss an die stationären Aufenthalte brauchen, um eine weitere Verschlechterung ihrer Symptome zu vermeiden (vgl. ebd. Z257-260).

### 5.2.3 Sichtweisen von Drehtüreffekt und stationärem Aufenthalt

Aus den Interviews mit den Sozialarbeiter\_innen ging hervor, dass der Drehtüreffekt in der ambulanten Primärversorgung nicht als negativ betrachtet wird. Die Drehtürpatient\_innen werden als Patient\_innen gesehen, die eine ganzheitlichere, lebenswelt- und bedarfsorientierte Betreuung brauchen, nicht aufgrund ihrer (der Patient\_innen) mangelnden Qualitäten, sondern weil es die Natur von psychosozialen Problemen ist, dass sie eine ganzheitlichere Begegnung brauchen. Mehrere Sozialarbeiter\_innen meinten, dass die sozialarbeiterische Tätigkeit in einem PVZ durchaus die Zahl der wiederholenden stationären Aufenthalte vermindern oder sogar ersetzen könnte, was auch erwünscht und positiv gesehen wird (vgl. TI5 Z247-251, 267-272; TI9 Z210-220).

In einem Interview wurde ein weiterer Aspekt des Drehtüreffekts und in diesem Zusammenhang des stationären Aufenthalts erwähnt. Hier wurde es nicht als Zielvorgabe gesehen, stationäre Aufenthalte zu vermindern oder zu ersetzen. Es wurde die Meinung geäußert, dass stationäre Aufenthalte durchaus eine Art „sicheren Hafens“ für die Patient\_innen bieten können. Wenn es den Patient\_innen nicht gelingt, Veränderungen in der Lebenswelt herzustellen, oder „die Dynamik [der Lebenswelt] keine Veränderungen zulässt“ (TI4 Z193), und wenn sich die Symptome weiter verschlechtern, dann ist ein stationärer Aufenthalt eine unterstützende, wenn auch nur temporäre Lösung. Nach dem Empfinden der Sozialarbeiter\_innen sehen Patient\_innen stationäre Aufenthalte auch durchaus als unterstützend, weil sie dabei immer wieder intensive therapeutische Betreuung bekommen und sich quasi neu sammeln können (vgl. ebd. Z201-213).

„Es gibt ein entspanntes Verhältnis zum stationären Aufenthalt. Und ich hab auch den Eindruck, dass insbesondere beim psychiatrischen Patienten die stationären Aufenthalte wichtige Landmarken sind, dass es, [...] eben Verläufe gibt, wo die Leute versuchen, versuchen, initiativ sind, und wenn aber sich die Symptomatik weiter verschlechtert, sie den stationären Aufenthalt als sicheren Hafen sehen. [...] der stationäre Aufenthalt wichtig ist im Verlauf und sozusagen Abschnitte trennt.“ (TI4 Z201-208)

Eine weitere Interviewperson hob hervor, dass es Suchtpatient\_innen gibt, bei denen schon öfters eine Entwöhnungstherapie durchgeführt wurde, aber weil in der Lebenswelt keine Veränderung stattfand, die Suchtsituation zwischen den stationären Aufenthalten immer wieder aktiv wurde. Der/die Patient\_in möchte aber immer wieder erneute stationäre Aufenthalte. Hier wäre ein ganzheitlicherer Zugang, der die Lebenswelt der Patient\_innen stärker miteinbezieht und Veränderungen in der Lebenswelt anregen kann, hilfreicher (vgl. T17 Z77-86).

#### 5.2.4 Interpretation und Zusammenfassung der Ergebnisse von Kapitel 5.2

Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass die Begriffe Drehtüreffekt und Drehtürpatient\_innen von den verschiedenen Professionen auch unterschiedlich verstanden werden. Ärzte/Ärztinnen sehen Drehtürpatient\_innen als Patient\_innen, die von ihnen aufgrund mangelnder Kompetenz und mangelnder Zeitressourcen nicht adäquat behandelt werden können. Einige Sozialarbeiter\_innen assoziierten mit diesem Begriff Patient\_innen, die im psychiatrischen Kontext behandelt werden. Andere Sozialarbeiter\_innen fassten den Begriff weiter, und verstanden darunter Patient\_innen, die mit einem komplexen psychosozialen Anliegen, das schwer erkennbar und nicht formuliert ist, in die Ordination kommen.

Es lässt sich daraus ableiten, dass die Kompetenzen und Denkweisen dieser Berufsgruppen unterschiedlich sind, weshalb eine Aufklärung über die Kompetenzen der jeweils anderen Profession für eine funktionierende Zusammenarbeit als besonders wichtig erscheint. Bezüglich der Anliegen der Drehtürpatient\_innen zeigten die Ergebnisse, dass diese meistens mehrschichtig und komplex sind. Die Symptome zeigen sich auf der körperlichen Ebene, aber die Ursachen liegen im psychischen oder im sozialen Bereich. Die Anliegen sind meistens unausformuliert, und es bedarf einer Unterstützung durch Fachkräfte aus den Bereichen Soziale Arbeit oder Psychotherapie, um diese zu definieren und den Bedarf zu erheben. In der Anamnese kristallisieren sich hier vor allem psychische Belastungen durch finanzielle Unsicherheit sowie durch beruflichen Stress heraus. Die Ergebnisse bestätigen die Annahme, dass die Natur der psychosozialen Anliegen (Komplexität, Mehrschichtigkeit) der Grund dafür sein kann, dass Menschen mit psychosozialen Anliegen öfters und länger behandelt werden müssen.

Es lässt sich leicht erkennen, dass die Anliegen von Drehtürpatient\_innen meistens psychosozialer Natur sind. Da psychosoziale Problemlagen oft durch mehrere belastende Faktoren (soziale und psychische) beeinflusst werden, sind sie komplex und vielschichtig (vgl. Schnoor 2006:14-15). Deshalb sind sie auch schwer erkennbar und formulierbar. Menschen in psychosozialen Problemlagen werden deshalb oft von einer Stelle zu einer anderen überwiesen, was naturgemäß zu einer Erhöhung der Anzahl der Inanspruchnahmen einer Gesundheitsversorgung führt.

Bezüglich der Einschätzung von stationären Aufenthalten gab es eine Ambivalenz. Einerseits ist es ein Ziel, die Zahl von stationären Aufenthalten durch ausreichende Versorgung im ambulanten Bereich zu vermindern, andererseits werden stationäre Aufenthalte von manchen Sozialarbeiter\_innen und auch von Patient\_innen als eine unterstützende Maßnahme gesehen.

Es gibt also ein breites Spektrum an Sichtweisen bezüglich stationärer Aufenthalte, von der Sichtweise, dass stationäre Aufenthalte unbedingt verhindert werden sollten, bis zu der

Sichtweise, diese als Option, die durchaus auch positive Entwicklungen anbahnen kann, zu betrachten. Dass Patient\_innen stationäre Aufenthalte als erwünscht ansehen, kann auch daher rühren, dass die Angebote im ambulanten Bereich nicht ausreichend und nicht passend sind, und ihre Symptome dadurch nicht gelindert werden. Es wäre also möglich, dass im Falle einer ausreichenden Betreuung im ambulanten Bereich auch weniger stationäre Aufenthalte gewünscht werden würden.

### 5.3 Adäquate Betreuung von Menschen mit psychosozialen Problemlagen

In diesem Kapitel werden die Kategorien, die mit der Betreuung von Menschen mit psychosozialen Problemlagen zusammenhängen, dargestellt und interpretiert.

#### 5.3.1 Zusammenarbeit

„... dass es [Zusammenarbeit] vor allem ein bisschen Bescheidenheit und ein bisschen Demut von dem Menschen braucht, und dass meine ich bei allen Berufsgruppen. Warum sage ich das so komisch? Weil ich merke, dass, und es auch aus dem Feld der Primärversorgung... Konflikte gibt zwischen Ärzten und Sozialarbeitern. Genauso, wie zwischen Ärztinnen und Sozialarbeiterinnen.“ (T14 Z318-321)

Zusammenarbeit wurde in jedem Interview als das wichtigste Element der Betreuung thematisiert. Die PVZ verfügen über den Vorteil, mehrere Professionen unter einem Dach zu haben, was sowohl für die Patient\_innen, wie auch für die Ärzt\_innen und andere Berufsgruppen von Nutzen ist (vgl. T17 Z385-387). Alle Berufsgruppen finden die Ergänzung als Entlastung (vgl. T18 Z144-152, Z164-168).

Diese neue Art der Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen fordert aber auch die Entwicklung neuer Kompetenzen und Sichtweisen. In den Interviews wurde darauf verwiesen, dass das Teamdenken über Berufsgruppengrenzen hinweg noch nicht stark ausgeprägt ist und manchmal Machtkämpfe, Konkurrenzdenken und Angst vor dem Verlust eigener Kompetenzen die Zusammenarbeit erschweren. Eine Interviewperson begründete die Schwierigkeiten damit, dass beide Professionen, die Allgemeinmedizin und auch die Soziale Arbeit einen gewissen Universalitätsanspruch haben, „...und geraten sich, was jetzt das Erkennen von Problemlagen bei ihren Klienten oder Patienten betrifft. Und deswegen bedarf es, und darüber gibt es auch Machtkonflikte.“ (T4 Z322-324).

Die strukturellen Bedingungen in den jetzigen PVZ sind so, dass Sozialarbeiter\_innen die Angestellten von Ärzt\_innen sind. Diese Struktur erschwert eine Kommunikation auf Augenhöhe zwischen den beiden und auch anderen Berufen. Darüber hinaus fehlt oft das Wissen über die Kompetenzen der anderen Berufsgruppe (vgl. T14 Z318-326).

Es zeigen sich Unterschiede zwischen den verschiedenen PVE's, was die Umsetzung der Zusammenarbeit betrifft. Es gibt PVZ in denen die Zusammenarbeit intensiver ist, in denen z.B. oft das Erstgespräch mit dem/r Sozialarbeiter\_in zusammen mit dem/der Arzt/Ärztin geführt wird. Die Sozialarbeiter\_in wird „...dann direkt ins Arztgespräch mit reingeholt, wo ma dann gemeinsam mit Arzt und Patient drüber spricht, was jetzt das Problem is, und wo halt der Arzt meint, dass wir [Sozialarbeiter\_in] unterstützen können.“ (T15 Z15-21)

Und es gibt auch wieder andere PVZ, bei denen sich die Zusammenarbeit nur auf die monatlichen Fallbesprechungen bezieht, und die Informationen in Form von Tür- und Angelgesprächen ausgetauscht werden (vgl. TI8 Z54-59).

Eine Interviewperson hat einen Zusammenhang zwischen der Zusammenarbeit und der bestehenden Struktur der PVZ hervorgehoben. Die Interviewperson meinte, dass die jetzigen bestehenden strukturellen Bedingungen (bei denen ein PVZ nur von Ärzten /Ärztinnen geleitet werden darf) keine Zusammenarbeit auf Augenhöhe erlauben. Um eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe zu ermöglichen wären Strukturen notwendig, die auf gleicher Wertigkeit beruhen.

„Ok, liebe Gesundheitsverwaltung, weil nicht umsonst, gibt es hier auch eine Finanzierung, die zum Teil aus Gesundheitsverwaltung, zum Teil aus Landesgelten besteht, schafft Stellen, wo gleichberechtigt Ärzte und Sozialarbeiter, Ärztinnen und Sozialarbeiterinnen, Zentren für Nahversorgung anbieten können, damit wir vielleicht ein so ein Stück entfernen können von dieser auch ärztlich dominierten Struktur. Die sagt, die Ärzte haben das Sagen, die Ärzte sind die Dreh- und Angelpunkte, das müsste notwendigerweise nicht sein, das hilft in vielen Fällen, für die Patienten ist das ein Konstrukt, der Arzt, als Instanz, aber jetzt in der Zukunft gedacht, wäre es günstiger hier auf Augenhöhe Strukturen zu schaffen, die das, ein Miteinander ermöglichen, so dass das auf gleicher Wertigkeit stattfindet. Ja.“ (TI4 Z353-361)

Das Zitat bezieht sich sowohl auf die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen wie auch auf strukturelle Bedingungen und zeigt einen Zusammenhang zwischen diesen beiden Elementen. Es fordert eine strukturelle Veränderung in den PVZ, um eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe zu ermöglichen.

### 5.3.2 Niederschwelliger Zugang zu generalisierten sozialarbeiterischen Angeboten

In den Interviews mit den Allgemeinmedizinerinnen wurde immer wieder hervorgehoben, dass sie ihre Patient\_innen, die vermutlich psychosoziale Anliegen haben, nirgendwohin überweisen können. In Österreich gibt es eine Lücke in der Unterstützung von Menschen mit psychosozialen Problemlagen (vgl. TI1 Z175-183). Nach Meinung einer Interviewperson wäre es wichtig, generalisierte Anlaufstellen anbieten zu können, weil es gerade bei Menschen mit psychosozialen Anliegen, die oft komplex und mehrschichtig sind, schwierig ist, passende Unterstützung in einer hochspezialisierten sozialen Landschaft zu finden (vgl. TI4 Z294-302). „Also, ich brauche Menschen oder Einrichtungen, die noch eine gewisse Bandbreite abdecken und nicht hochspezialisiert sind.“ (TI4 300-301)

Für diese Menschen wäre eine Stelle, zu der sie einfach nur hinkommen könnten und bei der von niemandem Erwartungen an sie gerichtet würden, sie aber Ansprache in Bezug auf ihre subjektive Problemdefinition finden könnten, von großem Wert (vgl. Bastecky et al. 2017:89).

### 5.3.3 Gemeinwesen- und Gruppenangebote

In Bezug auf den niederschweligen Zugang befand eine Interviewpartnerin die Gemeinwesen- und die damit verbundenen Gruppenangebote für sehr wichtig, und zwar deshalb, weil durch solche Angebote die Einsamkeit und Isolation, die oft mit psychosozialen Problemen in

Zusammenhang stehen, vermindert werden können. Die Patient\_innen fühlen sich bei solchen Angeboten angenommen und wertgeschätzt.

„...gute Mischung aus ahm Einzelfallarbeit und eben Gruppenangeboten und niederschweligen Gemeinwesen-Angeboten, wo sie dann ned unbedingt das Gefühl haben, dass jetzt als Patient da sind, sondern ahm wo sie einfach sie selber sein können und und sich angenommen fühlen...“ (TI5 Z252-255)

In einer von den untersuchten PVE stehen auch Gemeinwesen- und damit gekoppelt auch Gruppenangebote zur Verfügung. Die Einrichtung betreibt Gemeinwesenarbeit in zwei sozial benachteiligten Bezirken, bei der verschiedene Projekte durchgeführt werden. Z.B. gibt es einmal wöchentlich einen Mittagstisch, bei dem die Bewohner\_innen kochen und essen und bei dem auch eine Sozialarbeiterin anwesend ist. In ähnlicher Weise gibt es auch eine freiwillige Musikgruppe, bei der die Menschen einmal in der Woche zusammenkommen und musizieren oder auch nur zuhören können (vgl. TI5 Z37-78). Da bei diesen Versammlungen auch immer eine Sozialarbeiterin dabei ist, können Fragen und Anliegen aller Art an sie herangetragen werden.

Als weiteren niederschweligen Zugang gibt es einmal pro Woche eine sozialarbeiterische Sprechstunde, zu der Menschen ohne Anmeldung kommen und Fragen stellen können (vgl. ebd. Z37-78).

Im Gegensatz dazu meinte eine Interviewperson von einem anderen PVZ, es gäbe strukturelle Hindernisse, die Zusatzangeboten, wie Gruppenarbeit oder Gemeinwesenarbeit, im Wege stünden. Gemäß der Äußerung der Interviewperson Sorge sich der ärztliche Betreiber, dass „Menschen durch die Zusatzangebote [-] die keine Patienten der Ordination sind [-] angezogen werden könnten und dann zu einer Überlastung führen.“ (TI8 Z21-22)

#### 5.3.4 Bedarfsangepasste Betreuung

Nach den Aussagen einer Interviewperson bedeutet die bedarfsangepasste Betreuung, dass die Intensität der Betreuung nach Bedarf erfolgt. Wenn der/die Patient\_in eine un stabile psychische Phase hat, wird er/sie auch täglich von dem/r Sozialarbeiter\_in betreut. Während einer stabilen Phase wird der Kontakt auf einmal pro Woche reduziert (vgl. TI5 Z252-264). Diese Form einer rein bedarfsangepassten Betreuung ist nicht in allen PVE installiert, aber eine gewisse Flexibilität ist zumeist bei allen PVZ möglich und wird auch als positiv gesehen. Weil es bei psychischen Problemlagen oft lebensweltliche Belastungsfaktoren gibt, ist es bei der Betreuung nach Meinung einer Interviewperson wichtig, Maßnahmen zu finden, die eine lebensweltliche Veränderung anregen können. Bei psychischen Problemen gibt es oft Phasen, in denen es jemandem besser oder auch schlechter geht. Dadurch, dass eine bedarfsangepasste Betreuung zeitweise eine intensivere Betreuung ist, die die Lebenswelt der Betroffenen durch aufsuchende Arbeit mit einbezieht, kann sie Veränderungen in der Lebenswelt anregen (vgl. TI 5 Z249-251).

Durch die bedarfsangepasste Betreuung können stationäre Aufenthalte oder Krisen vermieden werden (vgl. ebd. Z153-155).

Die Bedürfnisanangepasste Behandlung als ein ähnlicher alternativpsychiatrischer Ansatz wird im Kapitel 5.6 noch ausführlicher beschrieben.

### 5.3.5 Aufsuchende und mobile soziale Arbeit

Ein Thema, das sich immer wieder durch die Expert\_innen-Interviews zog, war, dass die psychosoziale Versorgungslandschaft für Menschen mit psychosozialen Problemlagen nicht ausreichend Angebote hat. In diesem Zusammenhang wurde die Wichtigkeit von nachgehender und aufsuchender Sozialer Arbeit hervorgehoben (vgl. T17 Z197-120). Nach der Meinung der Interviewperson, ermöglicht es eine nachgehende und aufsuchende Soziale Arbeit, die Menschen in ihrer Lebenswelt zu betreuen, was ein wichtiges Element einer adäquaten Betreuung von Menschen mit psychosozialen Anliegen zu sein scheint.

Ein anderer von einer der Interviewpersonen erwähnte Aspekt der aufsuchenden sozialen Arbeit war, dass durch den örtlichen Kontext, in dem sich manche PVZ befinden, dürfen die Hausbesuche nur sehr vorsichtig vorgenommen werden. Die Interviewperson begründet diese Einstellung mit der Meinung, dass Menschen in ihrem persönlichen Umfeld naturgemäß am transparentesten sind und es Unbehagen bereiten kann, sich selbst so zu offenbaren (vgl. T14 Z247-260).

### 5.3.6 Interpretation und Zusammenfassung der Ergebnisse von Kapitel 5.3

Im Folgenden werden die wichtigsten aus den Interview-Ergebnissen resultierenden Elemente der adäquaten Betreuung zusammengefasst.

Die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen in einer PVE fordert die Entwicklung neuer Kompetenzen und Sichtweisen. Da Sozialarbeit und Allgemeinmedizin jeweils einen generalisierten Zugang repräsentieren, kommt es in PVE manchmal zu Machtkonflikten. Um das zu vermeiden, wäre es wichtig, die Kompetenzen des anderen kennenzulernen, zu respektieren und zu beachten. Nach Meinung einiger Sozialarbeiter\_innen, erschweren gewisse Strukturen der PVE eine Kommunikation auf Augenhöhe. Es bedarf also einer Struktur, die auch eine solche Kommunikation auf Augenhöhe zwischen den verschiedenen Berufsgruppen ermöglicht.

In den Interviews wurde hervorgehoben, dass Menschen mit psychosozialen Anliegen einen niederschweligen Zugang zu generalisierten Anlaufstellen brauchen. Durch die PVZ ist dieser Zugang teilweise nur deshalb gegeben, weil in den meisten PVZ nur Menschen bei der Sozialen Arbeit aufgenommen werden, die auch Patient\_innen der Ordination sind, um eine Überlastung der Sozialen Arbeit zu vermeiden.

Als wichtiges Element der adäquaten Betreuung fanden Gemeinwesen-Arbeit und Gruppenangebote Erwähnung, die allerdings nur bei einer der untersuchten PVE vorhanden waren. Der Grund dafür, warum diese Ansätze in anderen PVZ keinen Platz finden, sind, laut den Ergebnissen der Interviews, strukturelle Bedingungen, die auch mit der Finanzierung der PVZ in Zusammenhang stehen. Die Aussagen der Interviews lassen darauf schließen, dass eine Einführung der oben genannten Angebote in den PVZ auf strukturelle Hindernisse stoßen könnte und dass die ärztlichen Leitungen der PVZ noch nicht die positiven Wirkungen solcher sozialarbeiterischen Ansätze, wie Gemeinwesen-Arbeit und Gruppenangebote erkannt haben. Die bedarfsangepasste Betreuung wurde ebenfalls als wichtiges Element einer adäquaten Betreuung thematisiert. Dieser Ansatz ist in unterschiedlichem Maße in jeder PVE vorhanden, wobei jedoch die Umsetzung von den Zeitressourcen der Sozialen Arbeit abhängt. Deshalb ist

die Umsetzung dieses Ansatzes in PVZ, in denen Soziale Arbeit nur im Bereich von 8-10 Wochenstunden möglich ist, nur bedingt möglich.

Auch die aufsuchende und mobile Soziale Arbeit wurde als wichtiges Element der Betreuung erwähnt. Aufsuchende Soziale Arbeit ist in allen untersuchten PVE eingeführt, jedoch gibt es Unterschiede in der Implementierung. Durch die teilweise sehr gering-stündigen Einstellungen der Sozialarbeiter\_innen gibt es nur wenig Kapazität für die Ausübung mobiler sozialer Arbeit. Ähnlich wie bei der bedarfsangepassten Betreuung hängt die Umsetzung dieses Ansatzes von den von der ärztlichen Leistung dargestellten Zeitressourcen der Sozialen Arbeit ab.

#### 5.4 Die Rolle der Sozialen Arbeit in der Betreuung oder wie könnte Soziale Arbeit bei der Betreuung zielgerichtet mitwirken?

Die Interviews haben aufgezeigt, dass über die Rolle der Sozialen Arbeit seitens der anderen Berufsdisziplinen zwei verschiedene Sichtweisen vertreten sind. Eine Sichtweise besagt, dass Sozialarbeiter\_innen nur die Aufgabe haben, sich um die verschiedenen Formen einer materiellen Grundsicherung zu kümmern, Anträge zu erstellen und Menschen zu verschiedenen anderen Stellen weiter zu verhelpen (vgl. TI3 Z105-115). Die andere Sichtweise besagt, dass ihre Zuständigkeit über die Fragen einer materiellen Grundsicherung und der Antragerstellung hinausgeht, und dass die Bearbeitung und die Erhebung psychosozialer Problemlagen, und die Arbeit mit Betroffenen und ihrem sozialen Umfeld auch zu ihren Aufgaben gehört (vgl. TI4 Z139-148). Die meistvertretere Sicht war in den PVE, dass Soziale Arbeit nicht nur als Antrag-Erstellung und materielle Grundsicherung gesehen wird, sondern als eine Profession, die durch Beziehungsarbeit in der Lage ist, auf die Lebenswelt und Lebensführung der Betroffenen positiv zu wirken.

Peter Sommerfeld (2016) stellte, bezüglich der Rolle der Sozialen Arbeit in der Betreuung von psychisch kranken Menschen fest, dass soziale und psychische Prozesse eng miteinander verbunden sind und sie sich gegenseitig beeinflussen (vgl. Sommerfeld 2016:7). Dieser Zusammenhang wurde auch von den meisten Interviewpersonen bestätigt (TI1, TI2, TI4, TI8). Daher ist es naheliegend, sagt Sommerfeld, dass es in der Betreuung von Menschen mit psychischen Krankheiten wesentlich ist, die Soziale Arbeit miteinzubeziehen, sowohl im Sinne der Lebensumstände, wie auch im Sinne der sozialen Beziehungen (vgl. Sommerfeld 2016:7). Sommerfeld bezeichnete diesen Zusammenhang zwischen psychischen und sozialen Prozessen als „strukturelle Koppelung“ (vgl. Sommerfeld 2016:7).

Die konkreten Aufgaben bezüglich der Frage, wie die Soziale Arbeit bei der Betreuung zielführend mitwirken könnte, wurden schon im Kapitel 5.3 „Adäquate Betreuung von Menschen mit psychosozialen Problemen“ aufgelistet und diskutiert.

##### 5.4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse von Kapitel 5.5

Aus den Ergebnissen kann gefolgert werden, dass soziale Arbeit solche spezifischen Expertisen für psychosoziale Problemstellungen besitzt, welche andere Berufsgruppen (die Allgemeinmedizin oder die Psychotherapie) in dieser Form nicht mitbringen (vgl. Bastecky

2017:213) Deshalb ist es eindeutig, dass Soziale Arbeit eine wesentliche Rolle bei der Betreuung von Menschen mit psychischen Problemen haben soll.

Da bei Menschen mit psychosozialen Anliegen im ambulanten Setting die vom Sommerfeld (2016:7) erwähnte „strukturelle Koppelung“ von psychischen und sozialen Prozessen genauso vorhanden ist, wie beim stationären Setting, kann der Schluss gezogen werden, dass es hier auch wesentlich ist, die soziale Dimension hinzukommen zu lassen. Die Rolle der sozialen Arbeit zeigt sich daher in der Betreuung von Menschen mit psychosozialen Anliegen als wesentlich.

Die Soziale Arbeit kann bei der Betreuung zielführend mitwirken, indem sie, im Rahmen der vorhandenen Strukturen, die Elemente einer adäquaten Betreuung (siehe Kapitel 5.3) umsetzt und die sozialarbeiterischen Instrumente und Methoden verwendet.

Eine andere Möglichkeit des zielführenden Mitwirkens könnte es sein, dem schon erwähnten Veränderungsbedarf bezüglich Zusammenarbeit auf Augenhöhe oder einer besseren Umsetzung des integrativen Ansatzes im PVZ nachzugehen bzw. eine Umsetzung zu versuchen.

## 5.5 Sicht der Patient\_innen

Die Patient\_innen-Interviews wurden mit von einem Allgemeinarzt als Drehtürpatient\_innen identifizierten Personen durchgeführt.

Eine der Interviewpersonen war der Meinung, sie käme nicht allzu oft zum Arzt (vgl. T19 Z87-96). Die Person sah sich selbst - außer einem körperlichen Problem (Rückenschmerzen), das sie als altersbedingt begründete - als vollkommen gesund. Die Patientin hatte keine Problemdefinition bezüglich psychischer oder sozialer Belastungen. Sie hat jedoch sehr viel und sehr detailliert über die Pflege ihres Mannes gesprochen. Ihren Erzählungen nach sei die Pflege vor 5 Jahren für sie sehr herausfordernd gewesen, weil der Mann damals noch mobil gewesen sei. Da er jetzt nur im Bett liege, sei die Pflege weniger aufwendig (vgl. T19 Z17-29, Z59-64).

Interpretation: Es ist ersichtlich, dass es eine sinngebende Aufgabe für sie ist, sich um ihren Mann kümmern zu können. Sie scheint jedoch etwas überfokussiert auf die Pflege ihres Mannes zu sein, und sie scheint die Situation nicht loslassen zu können.

Bei einer anderen Interviewperson scheint der Grund für die wiederholte Inanspruchnahme zu sein, dass die Person mehrere gravierende gesundheitliche Probleme hat (vgl. T110 Z49-59).

Interpretation: Aus dem Interview ist aber nachvollziehbar, dass außer körperlichen Problemen auch die Einsamkeit und die Vereinsamung Gründe dafür zu sein scheinen, warum die Person oft in die Ordination kommt. Die Interviewperson scheint ein Gesprächsbedürfnis zu haben, das vom Arzt in der Ordination wegen geringer zeitlicher Ressourcen nur teilweise zufriedengestellt werden kann.

### 5.5.1 Interpretation und Zusammenfassung der Ergebnisse von Kapitel 5.5

Die Ergebnisse der Interviews haben offenbart, dass die Patient\_innen keine Problemdefinition bezüglich ihrer psychischen oder sozialen Belastungen hatten. Nur die körperlichen

Symptome wurden als Symptome thematisiert. Weiters ist aus allen Patient\_innen-Interviews ersichtlich, dass das Anliegen, weswegen sie so oft in die Ordination kommen, noch nicht identifiziert wurde. Es ist klar erkennbar, dass es um soziale und psychologische Ursachen geht, jedoch wurde das Anliegen, aufgrund mangelnder Zeit- und Kompetenzressourcen, nicht genau definiert. Die Patient\_innen selbst könnten es ohne Unterstützung auch nicht formulieren. Hier könnte die Aufgabe der Sozialen Arbeit als erster Schritt sein, das Anliegen durch eine Anamnese zu klären und den Bedarf des/r Patient\_in festzustellen.

Als Reflexion zum Forschungsprozess ist hier zu erwähnen, dass es schwierig war, das Thema tiefer zu hinterfragen, weil für die Interviews nur 15 Minuten zu Verfügung gestellt wurden.

Ein anderer Reflexionspunkt ist, dass es nicht sinnführend war, die Patient\_innen über die Gründe für die wiederholten Inanspruchnahmen oder für erwünschte Betreuungen zu befragen, weil sie kein Bewusstsein für vorhandene Zusammenhänge zwischen ihrem „Immerwieder-Kommen“ und psychischen und sozialen Komponenten ihrer Lebenswelt hatten.

Im Nachhinein denkt die Autorin, dass es für das Forschungsthema sinnführender gewesen wäre, Patient\_innen einer PVE zu befragen. Da bei ebendiesen durch die Arbeit mit den Sozialarbeiter\_innen oder Psychotherapeut\_innen im PVE schon eine gewisse Bewusstheit für Zusammenhänge zwischen körperlichen, psychischen und sozialen Belastungen vorhanden ist, könnten sie vermutlich besser über ihre Bedürfnisse bezüglich einer adäquaten Betreuung reflektieren.

## 5.6 Ansätze und Modelle für eine adäquate Betreuung von Menschen mit psychosozialen Anliegen (aus der Literatur)

Aus vielen Expert\_innen-Interviews ging die Notwendigkeit und Bedeutung einer ganzheitlichen lebensweltorientierten Betreuung unter aktivem Einbezug der Lebenswelt hervor (vgl. TI7 Z77-83; TI5 251-264). In diesem Kapitel wird ein in den skandinavischen Ländern praktizierter Ansatz beschrieben. Die Bedürfnisangepasste Behandlung ist ein integrativer Ansatz. Dieser wurde für Patient\_innen, die zum ersten Mal eine Psychose haben, um zu verhindern, dass es zu einer Chronifizierung der psychischen Erkrankung kommt (vgl. Alanen et al. In Aderhold et al. 2003:66-67; Bastecky et al. 2017:103).

Das Modell der „Bedürfnisangepassten Behandlung“ wurde in den späten 60er Jahren in Finnland im „Turku Schizophrenia Project“ von Yrjö Alanen gemeinsam mit vielen Mitarbeitern entwickelt (vgl. Alanen et al. In Aderhold et al. 2003:66-67, Bastecky et al. 2017:103).

Im Ansatz liegt der Fokus auf einer schnellen Behandlungsaufnahme erkrankter Menschen, wodurch die Heilungschancen signifikant erhöht und die Anzahl der Chronifizierungen gesenkt werden kann (laut in dem Buch erwähnten Studien) (vgl. Alanen et al. In Aderhold et al. 2003:78-88; Bastecky et al. 2017:103). Die „Bedürfnisangepasste Behandlung“ basiert auf den folgenden Grundprinzipien:

- Anfangs intensive wiederholte Therapieversammlungen mit der/m Betroffenen, ihrer/seiner Familie und weiteren wichtigen Bezugspersonen. Die therapeutischen Aktivitäten werden gemeinsam mit Einbezug aller Teilnehmenden geplant und flexibel ausgeführt. Diese Therapieversammlungen sind der Kern des Konzeptes. In Krisen finden sie möglicherweise täglich statt.

- Die Behandlung ist durch eine psychotherapeutische Haltung bestimmt.
- Verschiedene therapeutische Zugänge sollen sich gegenseitig ergänzen.
- Sofortige Hilfe – möglichst innerhalb von 24 Stunden – mit Hilfe eines mobilen Psychose-Teams
- Behandlungskontinuität  
(vgl. Aaltonen et al. In Aderhold et al. 2003:165-167; Aderhold et al. o.A.:3)

In der ersten Therapieversammlung wird gemeinsam entschieden, aus welchen Personen sich das Psychose-Team zusammensetzt. Bei komplexen Problemlagen können auch Fachkräfte der Suchtberatung oder eine Sozialarbeiterin bestellt werden (vgl. Seikkula et al. In Aderhold et al. 2003:90; Bastecky et al. 2017:108)

Weitere Behandlungselemente, die den Ansatz im Laufe der Jahre ergänzten haben, sind der Offene Dialog. Der „Offene Dialog“ hat sich in den 80-er Jahren im Rahmen des Nationalen Finnischen Schizophrenie-Projekts entwickelt und ist eine Ergänzung zur „Bedürfnisangepassten Behandlung“. Der „Offene Dialog“ ist ein Behandlungsansatz, der die Haltung und die Kommunikation des Psychose-Teams im Rahmen der Therapieversammlung mit dem/r Betroffenen und deren/dessen Angehörigen bzw. ihrem/seinem Netzwerk definiert (vgl. Seikkula et al. In Aderhold et al. 2003:93, Bastecky et al. 2017:111)

Der grundlegende Gedanke des Ansatzes kommt aus der Sozialkonstruktivistischen Sicht, bei welcher die Psychose als „eine Strategie zur Bewältigung von solchen Ängsten und verstörenden Ereignissen verstanden [wird], für die es keine andere Sprache gibt, als die von Halluzinationen und Wahnvorstellungen“ (Seikkula et al. In Aderhold et al. 2003:93). Vielmehr werden psychotische Reaktionen als ein Versuch gesehen, „den eigenen Erfahrungen einen Sinn zu verleihen oder Probleme zu bewältigen, die so belastend sind, dass die Formulierung einer rationalen, verständlichen Erzählung unmöglich geworden ist.“ (ebd.:93) Die Psychose-Teams tragen die Verantwortung dafür, eine Atmosphäre zu schaffen, in der alle Stimmen zum Ausdruck gebracht und gehört werden können, wobei auch die psychotischen Äußerungen und Sichtweisen der Patient\_innen Platz haben – gerade in der Akutphase – und als eine der vielen Stimmen akzeptiert werden. Die dadurch entstehenden echten Dialoge ermöglichen es, in den spezifischen Lebenskontexten neue Sichtweisen zu bekommen (vgl. ebd.:93-95; Bastecky et al. 2017:112).

Die Rolle der Sozialen Arbeit in diesem Modell wurde von Ishaq Jasmin (2015) betont: “It sparked my interest because it is very much a psycho-social model, which fits in with the values of social work [...] The beauty of the model is that it is not about one discipline leading, it is about the value of a multi-disciplinary approach and it is very non-hierarchal”. (Ishaq 2015)

### 5.6.1 Interpretation und Zusammenfassung des Kapitels 5.6

Dadurch, dass sich dieser Ansatz auf erkrankte Menschen konzentriert, wäre eine Anwendung auf der Ebene der Primärversorgung berechtigt. Nach den Erfahrungen eines Experten liegt die durchschnittliche zu Beginn seiner Behandlung bereits zurückliegende Krankheitsdauer eines psychisch erkrankten Menschen bei ca. 5-7 Jahren (vgl. Bastecky et al. 2017:88). Eine frühzeitige Behandlung psychosozialer Problemlagen (ohne den

stigmatisierenden Effekt psychischer Krankheiten) wäre eine hilfreiche präventive Maßnahme, da es die Entwicklung und Chronifizierung psychischer Krankheiten verhindern könnte. Laut evaluierenden Studien (Alanen et al. In Aderhold et al. 2003:78-88) wurden in Folge dieses Ansatzes die folgenden Verbesserungen festgestellt: Neuroleptikafreiheit bei 40 bis 70 Prozent der Patienten während der gesamten Behandlungsdauer, in den übrigen Fällen erheblich geringere Dosierungen, und weiters insgesamt geringere psychotische Symptome und Symptomfreiheit beim überwiegenden Teil (mehr als 80 Prozent) der Patienten fünf Jahre nach Behandlungsbeginn. (vgl. Aderhold et al. o.A.:12) Diese Ergebnisse zeigen, dass es sich hier um ein wirksames Modell zur Behandlung psychotisch erkrankter Menschen handelt. Das ist für die Betreuung von Menschen mit psychosozialen Anliegen insofern relevant, als dass dieser Ansatz Elemente enthält, die Wegweiser für die Betreuung von Menschen mit psychosozialen Problemlagen sein können. Ein grundlegendes Element ist der Einbezug der Familie und des sozialen Netzwerkes in die Behandlung. Der Ansatz der „Bedürfnisangepassten Behandlung“ und des „Offene Dialogs“ bietet ein Modell, in dem der Einbezug von Familie und Netzwerk in die Behandlung beispielhaft gelungen ist. Daraus kann der Schluss gezogen werden, dass es in der Betreuung von Menschen mit psychosozialen Problemlagen unerlässlich ist, die Familie und das soziale Netzwerk miteinzubeziehen. Es ergibt sich auch eine große präventive Kapazität zur Verminderung von Chronifizierungen psychischer Krankheiten, wodurch auch das im Gesundheitsziel 9 formulierte Vorhaben der Prävention unterstützt wird.

## 6 Resümee

Öfters wurde in den Expert\_innen-Interviews thematisiert (Kapitel 5.2), dass sich Menschen mit psychosozialen Anliegen in einer komplexen und mehrschichtigen Problemlage befinden. Psychosoziale Anliegen umfassen einen großen Themenbereich und vielfältige Problemstellungen der menschlichen Existenz. Sie haben sowohl biografisch bedingte als auch soziale und gesellschaftspolitisch fundierte Hintergründe (vgl. Schnoor 2016:14-22). Deshalb scheinen psychosoziale Anliegen von Natur aus solche Probleme zu sein, deren Erhebung mehr Zeit- und Ressourcenaufwand erfordert. Daraus kann man die Schlussfolgerung ziehen, dass einer der Zusammenhänge, die dazu führen, dass Menschen mit psychosozialen Anliegen zur Drehtürpatient\_innen werden, in der komplexen Natur ihrer psychosozialen Anliegen liegt. Menschen mit psychosozialen Anliegen brauchen intensivere Betreuung, sei es sie sind schon mit einer psychischen Krankheit diagnostiziert worden oder sie sind nur mit psychischen oder sozialen Belastungen konfrontiert.

Ein weiteres Ergebnis, das noch erwähnt werden muss, ist, dass spezialisierte Angebote nicht zielführend sein können, weil psychosoziale Anliegen vielfältig und komplex sind und einen großen Themenbereich abdecken. Wie es schon die Auswertung der Interviews gezeigt hatte, braucht adäquate Betreuung einen niederschweligen Zugang zu generalisierten Angeboten der Sozialen Arbeit. Die Ergebnisse der Interviews haben auch gezeigt, dass es in der österreichischen sozialen Landschaft nicht genügend solcher Angebote gibt. Daraus kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass der Mangel an generalisierten, niederschweligen

sozialarbeiterischen Angeboten ein weiterer Zusammenhang ist, der dazu führt, dass Menschen mit psychosozialen Anliegen zu Drehtürpatient\_innen werden.

Ein weiterer Grund hat sich bei der Auswertung der Kategorie „Sichtweisen von stationären Aufenthalten“ herauskristallisiert. Hier hat sich gezeigt, dass es Patient\_innen gibt, die die stationären Aufenthalte als unterstützend und positiv für ihre Entwicklung beurteilen. Der Hauptgrund dafür ist die intensive therapeutische Betreuung, die den Patient\_innen Sicherheit und die Möglichkeit zur Reflexion bietet und das in einer so intensiven Form, die bis dato nur in einer intramuralen Einrichtung zu finden ist. Die Patient\_innen möchten beziehungsweise müssen stationäre Aufenthalte auf sich nehmen, weil im ambulanten Bereich nicht genügend intensive Betreuung zur Verfügung steht. Deshalb kann der Schluss gezogen werden, dass die nicht ausreichend intensive Betreuung von Menschen mit psychosozialen Anliegen im ambulanten Bereich eine weitere Ursache dafür ist, dass Menschen mit psychosozialen Anliegen zu Drehtürpatient\_innen werden.

Im Kapitel 5.3 wurden auf Basis der Ergebnisse die wichtigen Elemente einer adäquaten Betreuung von Menschen mit psychosozialen Anliegen zusammengefasst und interpretiert. Die Auswertung der Daten hat offenbart, dass die wichtigsten Elemente einer adäquaten Betreuung von Menschen mit psychosozialen Anliegen sind:

- die Zusammenarbeit mehrerer Professionen
- der niederschwellige Zugang zu generalisierten sozialarbeiterischen Angeboten
- die bedarfsangepasste Betreuung
- Angebote für Gemeinwesenarbeit und Gruppenangebote
- Aufsuchende und mobile soziale Arbeit

Durch die Auswertung der Daten wurde deutlich, dass nicht alle Elemente bei jedem PVZ im vollen Maß vorhanden sind. Zusammenarbeit, niederschwelliger Zugang, generalisierte Angebote und aufsuchende Soziale Arbeit waren überall installiert, wenn auch in verschiedenen Umsetzungsformen. Bedarfsangepasste Betreuung, Angebote von Gemeinwesenarbeit und Gruppenangebote wurden in wenigen Interviews erwähnt und waren auch nur in einer der Einrichtungen als Angebot vorhanden. Obwohl die bedarfsangepasste Betreuung in jedem PVZ vorhanden war, war der Ansatz nicht wirklich umsetzbar, weil die Sozialarbeiter\_innen teilweise nur für 8-10 Stunden angestellt waren.

Integrative Ansätze, bei denen es darum geht, die Lebenswelt der Betroffenen einzubeziehen und zu aktivieren, wurden von den Interviewpersonen jedoch als adäquat und erwünscht für die Betreuung von Menschen mit psychosozialen Anliegen gesehen. Daraus ist der Schluss zu ziehen, dass es für das Wohl der Patient\_innen einen Bedarf gäbe, in den PVZ auch eine Entwicklung in Richtung integrativer Ansätze zu implementieren. Damit ist gemeint, das Gemeinwesenarbeit, Gruppenangebote und bedarfsangepasste Betreuung die Angebote der PVZ positiv bereichern würden. Die Ergebnisse haben aber auch gezeigt, dass die strukturellen Bedingungen hier ein Hindernis darstellen können, weil es nicht im Sinne der leitenden Ärzte/Ärztinnen ist, für außerhalb der Ordinationszeiten verrichtete sozialarbeiterische Tätigkeit oder für die Zusatzangebote (z. B. für Gruppenangebote, oder Gemeinwesenarbeit), die nicht nur für die Patient\_innen der Ordination zu Verfügung gestellt werden würden, finanziell aufzukommen.

Um die Betreuung von Menschen mit psychosozialen Anliegen noch besser gestalten zu können, wären Veränderungen in der strukturellen Form der PVZ notwendig.

Ein weiterer Zusammenhang, der in den Interviews bezüglich notwendiger struktureller Veränderungen in den PVZ hervorgehoben wurde, besagt, dass Zusammenarbeit auf Augenhöhe nur dann möglich wäre, wenn die strukturellen Bedingungen der PVZ so verändert werden würden, dass es möglich wäre, sowohl für Ärzte/Ärztinnen wie auch für anderen Berufsgruppen gleichberechtigt Primärversorgungszentren anzubieten.

In dem Kapitel 5.4 wurde die Rolle der Sozialen Arbeit in der Betreuung von Menschen mit psychosozialen Anliegen diskutiert. In den Interviews hat sich herausgestellt, dass die Rolle der sozialen Arbeit in der Betreuung von Menschen mit psychosozialen Anliegen noch nicht ganz eindeutig ist, obwohl aus der Literatur unmissverständlich hervorgeht, dass Soziale Arbeit spezifische Expertise bezüglich psychosozialer Problemstellungen hat, die andere Professionen in dieser Form nicht mitbringen. Es gibt zwei verschiedene Sichtweisen, die die Praxis charakterisieren. In den PVZ ist meist die Sicht vertreten, dass die Soziale Arbeit nicht nur für die Erstellung von Anträgen und für die materielle Grundsicherung vorgesehen ist, sondern sie eine Profession ist, die Beziehungsarbeit leisten kann und Veränderungen in der Lebenswelt und Lebensführung der Patient\_innen bewirken kann.

Die soziale Arbeit kann zielführend bei der Betreuung mitwirken, indem sie die Elemente einer adäquaten Betreuung umsetzt und die sozialarbeiterischen Instrumente und Methoden anwendet.

Eine andere Möglichkeit des zielführenden Mitwirkens könnte sein, dem bereits erwähnten Veränderungs-Bedarf bezüglich Zusammenarbeit auf Augenhöhe oder einer besseren Umsetzung des integrativen Ansatzes nachzugehen und zu versuchen, diesen umzusetzen.

In dem Kapitel 5.5 Sicht der Patient\_innen haben die Interviews offengelegt, dass die Patienten\_innen sich selbst nicht als Drehtürpatient\_innen sehen und sie sich nicht bewusst über die Zusammenhänge zwischen ihren Symptomen und den möglichen sozialen und psychischen Belastungen sind. Sie sind mit der Hausärztlichen Betreuung zufrieden, die Hausärztliche Betreuung funktioniert wie eine Art Substitution für sie, wobei die Zusammenhänge, die dazu führen, dass sie so oft den Hausarzt aufsuchen müssen, verdeckt bleiben, wie auch die sozialen und psychischen Belastungen, die zu den Symptomen führen unbehandelt bleiben. Eine erste sozialarbeiterische Intervention könnte eine Anamnese sein, bei welcher die Anliegen und Bedürfnisse der Patient\_innen formuliert werden könnten.

Im Kapitel 5.6 wurden die integrativen Ansätze der bedürfnisangepassten Behandlung und des offenen Dialoges, basierend auf der Literatur beschrieben. Diese Ansätze ermöglichen eine lebensweltorientierte Betreuung von Patient\_innen mit psychosozialen Problemlagen und eine Früherkennung und Frühbehandlung psychischer Krankheiten. Die Ansätze „Bedürfnisangepasste Behandlung“ sowie der „Offene Dialog“ orientieren sich an der psychosozialen Lebenswelt der Betroffenen. Daher könnte die Rolle der Sozialen Arbeit bei diesen Ansätzen bedeutend sein. Diese Ansätze oder eine vergleichbare Implementierung dessen werden als adäquat für die Betreuung von Menschen mit psychosozialen Anliegen gesehen. Die Ergebnisse laut verschiedenen Studien zeigen eine bedeutende präventive Kapazität des Ansatzes auf, die auch in Österreich Platz haben könnte.

## 7 Forschungsausblick

In dieser Arbeit wurden die Zusammenhänge, die dazu führen, dass Menschen mit psychosozialen Anliegen oft zu Drehtürpatient\_innen werden, die adäquate Betreuung von Menschen mit psychosozialen Anliegen und die Rolle der Sozialen Arbeit in der Betreuung diskutiert. Wie schon in der Arbeit erwähnt wurde, gibt es in der österreichischen sozialen Landschaft eine Lücke bezüglich der Betreuung von Menschen mit psychosozialen Anliegen. Deshalb wäre es wünschenswert, noch mehr Forschungen in diesem Bereich durchzuführen. Vor allem neue Projekte, wie die PVZ, sollten noch ausführlicher beforscht werden. Eine Idee wäre, einen Vergleich durchzuführen, zwischen Gebieten, in denen es ein PVZ gibt, und Gebieten, in denen es nur Hausärztliche Versorgung gibt.

Es wäre auch erwünscht, die integrativen Ansätze, die in den skandinavischen Ländern schon etabliert sind, zu untersuchen, um sie kennenzulernen und zu überlegen, in welcher Form derartige Ansätze auch in Österreich eingeführt werden könnten. Es könnten auch die Best-Practice Beispiele, die in Österreich bereits gängig sind, untersucht werden. Z.B.: Sozialmedizinisches Zentrum, Libenau, Graz.

Es wäre auch noch sinnvoll, Forschungen durchzuführen, die die Sicht der Patient\_innen bezüglich Primärversorgung, Drehtüreffekt und Betreuung von Menschen mit psychosozialen Anliegen zeigen würden. Eine Forschungsidee wäre, durch Befragung einen Vergleich zwischen Patient\_innen mit psychosozialen Anliegen, die von einem PVZ betreut werden, und jenen, die von einem Hausarzt/Hausärztin betreut werden, anzustellen.

Da die psychosoziale Betreuung mit hohem Ressourcenaufwand verbunden ist, wäre es zudem erstrebenswert, die finanziellen Aspekte der möglichen Implementierung neuer, alternativer, integrativer Ansätze oder möglichen strukturellen Veränderungen in den PVZ zu beforschen.

## 8 Literatur

Aderhold, Volkmar / Alanen, Yrjö O. / Hess, Gernot u.a. (2003): Psychotherapie der Psychosen. Integrative Behandlungsansätze aus Skandinavien. Giessen.

Aderhold, Volkmar / Greve, Nils (o.A.): „Bedürfnisangepasste Behandlung und offene Dialoge“. [http://www.offener-dialog.de/downloads/aderholdgreve\\_beduernisangepasste\\_behandlung.pdf](http://www.offener-dialog.de/downloads/aderholdgreve_beduernisangepasste_behandlung.pdf) [18.04.2019]

BMASGK, Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2019): Gesundheitsziele Österreich / Gesundheitsziel, <https://gesundheitsziele->

[oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2018/01/bericht\\_gz9\\_psychosoziale-gesundheit-bei-allen-bevoelkerungsgruppen-foerdern.pdf](https://www.oesterreich.at/website2017/wp-content/uploads/2018/01/bericht_gz9_psychosoziale-gesundheit-bei-allen-bevoelkerungsgruppen-foerdern.pdf) [10.04.2019]

Bastecky, Sebastian / Leier - Kriz, Barbara / Mötzl, Irene / Wernitznig, Bernhard (2017): Ansätze alternativer Vermittlungs - und Versorgungspfade für Menschen mit akutem psychosozialen Handlungsbedarf. Master Thesis. FH St. Pölten.

Böhm, Martin / Gruber, Dominik / Koren, Gernot / Schöny, Werner / Endel, Florian (2012): „Wenn die Tür sich dreht ...“. Personenspezifika und Inanspruchnahme ambulanter Leistungen von PsychiatriepatientInnen. Linz: pro mente edition  
<http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.636006&version=1481613422>  
[14.04.2019]

Flick, Uwe (2014): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA Studiengänge. 2. Auflage. Originalausgabe, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (o.A.): Primärversorgung  
<https://www.sv-primarversorgung.at/cdscontent/?contentid=10007.796743&viewmode=content> [10.04.2019]

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (o.A.): Die neue Primärversorgung  
<http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.782536&viewmode=content>  
[10.04.2019]

Ishaq, Yasmin (2015): Open dialogue: A care model that could put mental health social work back on the map? In: Rachel Carter, am 12.2.2015, in Community Care. URL:  
<https://www.communitycare.co.uk/2015/02/12/open-dialogue-care-model-put-mental-health-social-work-back-map/> [19.04.2019]

RIS, PrimVG § 4, Bundesgesetz über die Primärversorgung in Primärversorgungseinheiten, Bundesministerium für Digitalisierung und Wirtschaftsstandort (2019),  
<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20009948> [10.04.2019]

Schnoor, Heike (2006): Psychosoziale Beratung in der Sozial- und Rehabilitationspädagogik: Eine Einführung. In: Schnoor, Heike (Hg.), Psychosoziale Beratung in der Sozial- und Rehabilitationspädagogik. Stuttgart, 14-22.

Sommerfeld, Peter / Dällenbach, Regula / Rüeegger, Cornelia / Hollenstein, Lea (2016): Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie: Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden

Strauss, Anselm L. (1991): Grundlagen qualitativen Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in in der empirischen soziologischen Forschung. München: Wilhelm Fink Verlag.

Projektteam Bachelorprojekt "Sozialarbeiterische Handlungskonzepte bei wiederholter Inanspruchnahme im Gesundheitswesen" (2019): Eigene Definition des Begriffs Drehtüreffekt. Unveröffentlicht. Fachhochschule St. Pölten.

## 9 Daten

B1, Beobachtungsprotokoll 1, verfasst von Adriana Amblaczky, Beobachtung am 29.01.2019. In einer Allgemeinarztpraxis in Österreich

ITV1 geführt von Adriana Amblaczky, Katharina Korn, Gugler Sophie mit einem Allgemeinmediziner, 21.02.2019, Audiodatei

ITV2 geführt von Sophie Gugler mit einem Allgemeinmediziner, 30.01. 2019, Audiodatei

ITV3 geführt von Sophie Gugler mit einem Allgemeinmediziner, 04.02. 2019, Audiodatei

ITV4 geführt von Adriana Amblaczky mit einer Fachkraft der Sozialen Arbeit in einem PVZ, 05.03.2019, Audiodatei

ITV5 geführt von Christine Scheer mit einer Fachkraft der Sozialen Arbeit in einem PVE, 05.03.2019, Audiodatei

ITV6 geführt von Christine Scheer mit einer Fachkraft der Sozialen Arbeit in einem PVZ, 06.03.2019, Audiodatei

ITV7 geführt von Sophie Gugler mit einer Fachkraft der Sozialen Arbeit in einem PVZ, 04.02.2019, Audiodatei

ITV8 geführt von Christine Scheer mit einer Fachkraft der Sozialen Arbeit in einem PVZ, 13.02.2019, Audiodatei

ITV9 geführt von Adriana Amblaczky mit einer Patientin in einer allgemeinmedizinischen Ordination, 28.02.2019, Audiodatei

ITV10 geführt von Sophie Gugler mit einer Patientin in einer allgemeinmedizinischen Ordination, 28.02.2019, Audiodatei

TI1 Transkript ITV1, erstellt von Adriana Amblaczky, Katharina Korn, Gugler Sophie, März 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI2 Transkript ITV2, erstellt von Sophie Guggler, März 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI3 Transkript ITV3, erstellt von Sophie Guggler, März 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI4 Transkript ITV4, erstellt von Adriana Amblaczky, März 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI5 Transkript ITV5, erstellt von Christine Scheer, März 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI6 Transkript ITV6, erstellt von Christine Scheer, März 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI7 Transkript ITV7, erstellt von Sophie Guggler, März 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI8 Transkript ITV8, erstellt von Christine Scheer, März 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI9 Transkript ITV9, erstellt von Adriana Amblaczky, April 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI10 Transkript ITV10, erstellt von Sophie Guggler, März 2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

## 10 Anhang

### Expert\_innen-Interviewleitfaden

#### Einstieg

- Du bist Landarzt. Was bedeutet das für dich?

#### Hauptteil

##### Drehtürpatient\*innen:

- Wen würdest du aus deiner Praxis als Drehtürpatient\*in bezeichnen?
- Wie aktuell ist das Thema Drehtürpatient\*innen in eurer Ordination?
  - Was schätzt du, wie viele Drehtürpatient\*innen gibt es ca. derzeit in eurer Ordination?
- Welche Probleme und Anliegen tragen Drehtürpatient\*innen an euch heran?
- Hast du das Gefühl, dass du mit Drehtürpatient\*innen anders umgehst?

- Und wenn ja, inwiefern?
- Was benötigen Drehtürpatient\*innen deiner Meinung nach?
  - Wie gehst du vor, wenn du das Gefühl hast, du kannst deinen Patient\*innen mit deiner fachlichen Expertise nicht mehr weiterhelfen?
- Wie gehst du damit um, wenn Drehtürpatientinnen deine Unterstützung suchen?
  - Wie fühlst du dich dabei?
- Welche Zusammenhänge gibt es deiner Ansicht nach zwischen psychosozialen Problemlagen und Drehtürpatient\*innen?
  - Gibt es sie, und wenn ja, welche?
- Wen oder was bräuchte es deiner Meinung nach, um Drehtürpatient\*innen mit psychosozialen Anliegen angemessen unterstützen zu können?
- Kennst du / gibt es irgendwelche Modelle oder Strukturen, die deiner Meinung nach die adäquate Betreuung von Menschen mit psychosozialen Problemen auf der Primärversorgungsebene ermöglichen würden?

#### Biopsychosoziales Modell:

- Was verstehst du unter dem biopsychosozialen Modell?
  - Inwiefern ist es in deiner beruflichen Praxis relevant?
- Welche Rolle spielt das biopsychosoziale Modell bei deinem Umgang mit Drehtürpatient\*innen? Welche Rolle spielt es bei deinem Umgang mit anderen Patient\*innen?
  - Gibt es deiner Ansicht nach einen Zusammenhang zwischen deinem Verständnis vom biopsychosozialen Modell und deinem Umgang mit Drehtürpatient\*innen? Wenn ja, wie äußert er sich?
- Welche Bedeutung hat es deiner Meinung nach, Hausbesuche zu machen?
- Welche Rolle misst du deiner Mutter als Ordinationsassistentin im Umgang mit und bei der Behandlung von Drehtürpatient\*innen bei?
  - Welche Aufgaben übernimmt sie?

#### Implementierung der Sozialen Arbeit in der Allgemeinmedizin:

- Hast du in deiner Rolle als Hausarzt bereits Kontakt zu Sozialarbeiter\*innen aufgenommen? Wenn ja würde ich dich bitten diese Situation konkret zu schildern.
- Welche Aufgaben haben deiner Meinung nach Sozialarbeiter\*innen?
- Wie stehst du zur Zusammenarbeit mit einem/einer Sozialarbeiter\*in direkt in eurer Ordination?
  - Siehst du einen Sinn darin eine Sozialarbeiter\*in in der Ordination aufzunehmen?
- Was bräuchte es deiner Ansicht nach, um die Soziale Arbeit in eurer Ordination zu implementieren?
- Angenommen die Soziale Arbeit würde in eurer Ordination implementiert werden, welche konkreten Aufgabenbereiche könnte sie deiner Meinung nach einnehmen?
- Wie schätzt du die Bereitschaft deiner Patient\*innen ein, einen/eine Sozialarbeiter\*in aufzusuchen?
- Würden Patient\*innen deiner Ansicht nach das Angebot Soziale Arbeit direkt in eurer Ordination annehmen?

- Mit Weisung deinerseits
  - Ohne Weisung deinerseits
- Wie müsste der Zugang zur Sozialen Arbeit deiner Ansicht nach direkt in der Ordination gestaltet sein, um jene Patient\*innen ansprechen zu können, die es benötigen?

### Ausstieg

- Gibt es etwas was für dich bei diesem Thema noch wichtig wäre zu erwähnen?

## 11 Eidesstattliche Erklärung

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich, **Adriana Amblaczky**, geboren am **22.03.1976. in Komarno**, 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,

**Sankt Leonhard am Hornerwald, am 28.04.2019.**

**Unterschrift**

