

„Drehtüreffekt“ in der Allgemeinmedizin - Sozialarbeit als Wegweiser

Katharina Korn, 1610406016

Bachelorarbeit 2

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

Datum: 29.04.2019

Version: 1

Begutachter: Heinz Novosad BA, MA

Abstract

Die vorliegende Forschungsarbeit befasst sich mit dem Bedarf an Sozialarbeit auf der Primärversorgungsebene im Kontext Allgemeinmedizin. Um Fragen nach möglichen Aufgabenbereichen, Zugangsgestaltung zu Angeboten, sowie Handlungskonzepten für Sozialarbeiter*innen nachzugehen, wurde mittels qualitativer Forschungsmethoden gearbeitet. So konnte anhand von leitfadengestützten Interviews und der Auswertungsmethode, dem offenen Kodieren festgestellt werden, dass die Sozialarbeit Einfluss auf den „Drehtüreffekt“ von Patient*innen haben könnte. Zusätzlich zeigen die Ergebnisse, dass ein Bedarf an Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit über die Profession Sozialarbeit, sowie die Wichtigkeit einer interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmediziner*innen und Sozialarbeiter*innen besteht.

This research paper deals with the social work demand placed on primary health care tier in the context of general medical practitioner. By using qualitative research methods questions about potential range of responsibility, accessibility to offers and action concepts for social workers were looked up. By means of guide interviews and the translation of open codes it was researched, that social work can have an impact on patients “revolving door effect”. Furthermore, the results show that there is a demand for educational and public relations work for the profession social work as well as the importance of interdisciplinary teamwork between general medical practitioners and social workers.

Inhalt

Einleitung	5
1 Themeninteresse und Vorannahmen	6
1.1 Themeninteresse.....	6
1.2 Vorannahmen.....	6
2 Forschungsrelevante Begrifflichkeiten	7
2.1 „Drehtüreffekt“.....	7
2.2 Primärversorgung.....	8
2.3 Psychosoziale Beratung.....	8
2.4 Allgemeinmedizin.....	9
3 Forschungsdesign	10
3.1 Forschungsfragen.....	10
3.1.1 Hauptforschungsfrage.....	10
3.1.2 Unterfragen.....	10
3.2 Erhebungsmethode.....	10
3.2.1 Auswahl der Interviewpartner*innen.....	11
3.2.2 Datenmaterial von Kolleginnen des Forschungsprojekts.....	11
3.3 Auswertungsmethode.....	12
4 Ergebnisdiskussion	12
4.1 Bedarf an Sozialarbeit im Kontext Allgemeinmedizin.....	12
4.1.1 Sozialarbeit direkt in allgemeinmedizinischen Ordinationen.....	13
4.1.2 Mobile Sozialarbeit.....	15
4.2 Notwendigkeit an Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit über die Sozialarbeit.....	18
4.3 Gestaltung des Zugangs zur Sozialarbeit.....	19
4.3.1 Zugang zur Sozialarbeit direkt in allgemeinmedizinischen Ordinationen.....	20
4.3.2 Zugang zur mobilen Sozialarbeit.....	21
4.3.3 Hindernisse am Weg zur Sozialarbeit.....	22
4.3.4 Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeit und Allgemeinmedizin.....	23
4.4 Wirkung der Sozialarbeit auf den „Drehtüreffekt“.....	25
5 Resümee	27
5.1 Beantwortung der Forschungsfragen.....	27
5.2 Forschungsausblick.....	30
Literatur	32
Daten	34

Abkürzungen	34
Anhang.....	35
Eidesstattliche Erklärung	39

Einleitung

Das österreichische Gesundheitssystem bietet Patient*innen eine Vielfalt an Anlaufstellen, welche sie in Anspruch nehmen können. Beispielsweise findet man Unterstützung bei Hausärzt*innen, Fachärzt*innen, im Krankenhaus oder bei der Rettung und kann sich sowohl für die Anlaufstelle als auch die Versorgungsebene entscheiden. Stellt man sich das Gesundheitssystem nun als „Drehtür“ vor, welche mehrere Ausgänge zu den unterschiedlichsten Angebotsstellen gewährt, wird deutlich, dass nicht alle Angebote für alle Personen passen können. Auf der Suche nach dem geeigneten Unterstützungsangebot für das jeweilige Anliegen kann es vorkommen, dass man mehrere Stellen aufsuchen muss um zu erfahren, ob die gewählte eine adäquate Lösung für das gesundheitliche Problem hat. Laut dem Allgemeinmediziner, Doktor Erwin Rebhandl kann das in weiterer Folge zu Mehrfachuntersuchungen und zwecklosen Patient*innenwegen führen, was unter anderem auf eine ausbaufähige Zusammenarbeit zwischen den jeweiligen Berufsgruppen schließen lässt (vgl. Rebhandl 2019:50).

In dieser Forschungsarbeit wird davon ausgegangen, dass Patient*innen sich dafür entscheiden, die Primärversorgungsebene und diesbezüglich den*die Allgemeinmediziner*in mit ihren Anliegen vertraut zu machen. Folglich suchen sie den*die Hausärzt*in oftmals mit der Intention auf, eine passende Lösung für ihr Problem zu erhalten. Die betroffenen Personen schildern beispielsweise seit Wochen an Magenschmerzen, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit und / oder einem Stechen in der Brust zu leiden. Die Schilderung klingt im ersten Moment nach somatischen Beschwerden, doch es könnten dahinter auch soziale Angelegenheiten wie eine partnerschaftliche Krise, Stress in der Arbeit oder sonstiger Kummer stecken. Das Zusammenspiel von Körper und Seele kann an dem genannten Beispiel verdeutlicht werden. Gemäß einem Artikel über die Wirkung zwischen Körper und Seele wird oftmals den somatischen Beschwerden auf den Grund gegangen und die Seele nicht miteinbezogen. Damit könnte sich die häufige Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch Patient*innen erklären lassen, da ihr Leid nicht gelindert wird (vgl. Hauschild / Wüstenhagen 2013:1).

Die vorliegende Forschungsarbeit ist Teil des Bachelorprojekts „Sozialarbeiterische Handlungskonzepte bei wiederholter Inanspruchnahme im Gesundheitswesen“ an der Fachhochschule St. Pölten. Sie soll Aufschluss darüber geben, wie die Sozialarbeit in allgemeinmedizinischen Ordinationen auf den „Drehtüreffekt“ wirken kann. Als denkbare Wirkung könnte die Sozialarbeit den „Drehtürpatient*innen“ einen Weg durch die Vielfalt an Unterstützungsmöglichkeiten aufzeigen. Wünschenswert erscheint es, die Angebote so zu gestalten, dass sie zur Zufriedenstellung der „Drehtürpatient*innen“ führen können.

Anschließend an die Einleitung wird nun das Themeninteresse und die Vorannahmen zu dieser Forschungsarbeit aufgezeigt, um folglich forschungsrelevante Begrifflichkeiten zu erläutern. Des Weiteren werden die für die qualitative Forschungsarbeit entwickelten Forschungsfragen, die Auswahl der Interviewpartner*innen sowie Erhebungs- und Auswertungsmethoden dargelegt. Im Ergebnisteil werden die Forschungsergebnisse präsentiert, um

abschließend im Kapitel Resümee die Forschungsfragen zu beantworten und einen Ausblick für zukünftige Forschung zu bieten.

1 Themeninteresse und Vorannahmen

Im vorliegenden Kapitel werden das Themeninteresse und die Vorannahmen zur Forschungsarbeit dargestellt.

1.1 Themeninteresse

Das Interesse dieser Arbeit lag auf der Relevanz der Sozialen Arbeit direkt in allgemeinmedizinischen Ordinationen. Bisweilen war bekannt, dass es grundsätzlich eher wenig Ordinationen mit direkter Anbindung an die Soziale Arbeit gab. Diese Annahme bot sich daher an, zu hinterfragen ob es sinnführend wäre, die Profession Sozialarbeit bei Hausärzt*innen zu implementieren und welche Aufgabenbereiche diese dann vor Ort einnehmen könnte. Das Hauptaugenmerk wurde dabei auf die Sichtweise von Patient*innen gelegt, welche aus unterschiedlichsten Gründen wiederkehrend allgemeinmedizinische Ordinationen aufsuchen und daher mit dem „Drehtüreffekt“ konfrontiert sind. Das Forschungsinteresse lag dabei auf deren Bewusstsein sowie den Vorstellungen und Haltungen bezüglich der Sozialarbeit. Ebenso galt das Interesse dem Zugang von Patient*innen zur Sozialarbeit und wie dieser gestaltet sein sollte um von Betroffenen auch angenommen zu werden. Neben der Sichtweise der „Drehtürpatient*innen“ waren auch die Meinungen zweier Allgemeinmediziner und jene einer Sozialarbeiterin¹ zur Thematik von Interesse. Die Forschungsarbeit sollte somit ein breites Spektrum an Sichtweisen zulassen um darauf aufbauend, ein mögliches Handlungskonzept für Sozialarbeiter*innen bei Hausärzt*innen erstellen zu können.

1.2 Vorannahmen

In der vorliegenden Arbeit wurde davon ausgegangen, dass Menschen aufgrund von Einsamkeit oder dem Bedürfnis nach sozialen Kontakten somatische Beschwerden aufweisen. Daraus resultiert, dass sie häufig Allgemeinmediziner*innen aufsuchen um mit ihnen in der Ordination über ihre Anliegen sprechen zu können. Schmid Raimund tat zu dieser Thematik seine Meinung in Allgemeinarzt-Online kund: „Die sozialen Realitäten spielen also in den Hausarztpraxen [sic!] eine solch große Rolle, dass der Hausarzt [sic!] diese in seine Behandlungsstrategie mit einbeziehen muss.“ (Schmid 2015) Aus dieser Vorannahme heraus wurde angenommen, dass Hausärzt*innen oftmals Tätigkeitsbereiche von Sozialarbeiter*innen übernehmen. Dazu zählen beispielsweise die Beratung in privaten, familiären oder

¹ In dem vorliegenden Satz wurde deshalb nicht gegendert, da zu Beginn der Forschung das Interesse auf zwei männlichen Hausärzten und einer weiblichen Sozialarbeiterin lag. Siehe näheres in Kapitel 3.2.1, Auswahl der Interviewpartner*innen.

beruflichen Angelegenheiten. Es wurde jedoch auch davon ausgegangen, dass diesen Aufgabenbereichen aufgrund von mangelnden zeitlichen Ressourcen häufig nicht nachgegangen werden kann. Als Folge daraus fehlt eine möglicherweise notwendige Ressource für „Drehtürpatient*innen“, um mit jemandem über ihre Anliegen in Ruhe sprechen zu können. In Bezug auf die Implementierung der Sozialen Arbeit direkt in allgemeinmedizinischen Ordinationen bestand die Annahme, dass „Drehtürpatient*innen“ womöglich bewusst nicht das Angebot Soziale Arbeit in Anspruch nehmen würden. Diese Vorannahme basierte darauf, dass einige Menschen das Tätigkeitsfeld der Sozialen Arbeit mit Randgruppen verbinden und sich daher schämen würden, Unterstützung anzunehmen. Grund dafür könnte sein, dass sie sich selbst nicht zu gesellschaftlich geformten Randgruppen zählen möchten. Auf Grundlage dieser Vorannahme bestand der Verdacht, dass es ohne die Bereitschaft von Patient*innen, Angebote der Sozialen Arbeit anzunehmen, nicht sinnföhrnd erscheint, diese in allgemeinmedizinischen Ordinationen zu implementieren. Abgeleitet von dieser Annahme sollten Aufgabenbereiche der Sozialarbeit erhoben werden, welche möglicherweise deckungsgleich mit der Nachfrage nach Angeboten von Patient*innenseite wären. Somit könnten auf die Nachfrage abgestimmte Angebote in Kooperation zwischen Patient*innen, Allgemeinmedizin und Sozialarbeit entwickelt werden, welche möglicherweise Einfluss auf den „Drehtüreffekt“ nehmen könnten.

2 Forschungsrelevante Begrifflichkeiten

Das vorliegende Kapitel behandelt die für die Forschungsarbeit bedeutsamen Begrifflichkeiten. Um ein allgemeingöltiges Verständnis über jene Begriffe gewährleisten zu können, ist die Ausführung dieser von Relevanz.

2.1 „Drehtüreffekt“

Da das Hauptaugenmerk dieser Forschung auf die Bedürfnisse der „Drehtürpatient*innen“ gerichtet ist und diese vom sogenannten „Drehtüreffekt“ betroffen sind, ist zu klären, was darunter verstanden wird. Die Begriffsdefinition wurde auf Grundlage der Auseinandersetzung mit der Thematik von den Teilnehmer*innen des Fachhochschulprojektes „Sozialarbeiterische Handlungskonzepte bei wiederholter Inanspruchnahme im Gesundheitswesen“ im Jahr 2019 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 Gesund-

heitsberufen könnte ganzheitliche und nachhaltige Versorgungsmöglichkeiten mit Betroffenen identifizieren und eine gemeinsame Fallplanung ermöglichen.

Diese Forschungsarbeit stellt die Profession Sozialarbeit und deren Tätigkeitsbereiche als mögliche Unterstützung für „Drehtürpatient*innen“ und deren Anliegen dar. Es wird jedoch nicht davon ausgegangen, dass eine automatische Übernahme der Patient*innen von Hausärzt*innen in den Sozialbereich erfolgen soll. Vielmehr soll sich die Sozialarbeit in Kooperation mit der Allgemeinmedizin positiv auf den „Drehtüreffekt“ auswirken, sodass der Ausgang Allgemeinmedizin nicht aufgehoben, sondern um eine weitere Profession verstärkt wird.

2.2 Primärversorgung

Da sich die vorliegende Forschungsarbeit auf der Primärversorgungsebene im Gesundheitsbereich befindet, erscheint es wichtig den Begriff näher zu erläutern.

Unter dem Begriff Primärversorgung wird in einem Bericht der Europäischen Kommission aus dem Jahr 2016 die erste Andockstelle für Menschen im Gesundheitsbereich verstanden. Dazu zählen zum Beispiel Hausärzt*innen, der Kontext Krankenhaus aber auch Sozialarbeiter*innen. Zusätzlich ist die Rede von einer an die Patient*innen abgestimmten, wohnortnahen und ganzheitlichen Betreuung. Auf der Primärversorgungsebene wird der*die Patient*in das erste Mal untersucht, oftmals eine Diagnose erstellt, um dann weitere Schritte wie Überweisungen setzen zu können (vgl. Europäische Kommission 2016:1). In der WHO-Erklärung von Alma Ata 1978 heißt es ergänzend, dass sich die Primärversorgung einer Multiprofessionalität bedient und ein Ziel das Empowerment und die Mitbestimmung der betroffenen Patient*innen ist (vgl. WHO 1978). Anhand dieses Zitats wird verdeutlicht, dass der Schwerpunkt der vorliegenden Forschungsarbeit ebenso auf der Angebotsnachfrage und Miteinbeziehung der Bedürfnisse von „Drehtürpatient*innen“ liegt. Zudem wird davon ausgegangen, dass die Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmediziner*innen und Sozialarbeiter*innen zum Wohle der Patient*innen forciert werden sollte. So heißt es ebenso in einer Empfehlung der OECD in der Zeitschrift „Soziale Sicherheit“, dass Österreich „vermehrt in Richtung multiprofessioneller Teams zur Verbesserung der Versorgungskontinuität [...] gehen [soll].“ (Fischer / Schauppenlehner 2018:23) Unter Berücksichtigung der zuvor genannten Punkte wie Empowerment, Multiprofessionalität und ganzheitlicher Betreuung könnte die Primärversorgung gestärkt werden und sich laut Fischer und Schauppenlehner auf das gesamte System Gesundheit und die davon betroffenen Personen positiv auswirken (vgl. ebd.:23).

2.3 Psychosoziale Beratung

In dieser Arbeit wird auf die psychosoziale Beratung als Methode Bezug genommen, weshalb sie näher erklärt wird.

Laut Dieter Wälte und Anja Lübeck ist die psychosoziale Beratung ein Element der professionellen Beratung und hat neben dem Blick auf das Individuum einen relevanten Bezug zur Lebenswelt der Klient*innen (vgl. Wälte / Lübeck 2018:25). Des Weiteren definieren sie psychosoziale Beratung wie folgt:

„In Abgrenzung [...] [zur Beratung] umfasst psychosoziale Beratung jede professionell-unterstützende Form der Interaktion mit Klienten [sic!] in psychosozialen Arbeitsfeldern, die auf die Diagnostik, den Umgang mit und die Bewältigung von psychosozialen Belastungen, Einschränkungen, Notlagen und Krisen gerichtet ist.“ (ebd.:24)

Nach weiteren Aussagen von Wälte und Lübeck sei es kein Ziel der psychosozialen Beratung die Gesundheit der Klient*innen wiederherzustellen oder sie zu heilen. Vielmehr wäre es erstrebenswert mit ihnen gemeinsam präventiv, fördernd und entwickelnd Kompetenzen und Bewältigungsstrategien zu erarbeiten (ebd.:25). So wird auch in dieser Forschungsarbeit davon ausgegangen, dass in einem gemeinsamen Prozess mit Patient*innen deren subjektives Gesundheitsgefühl gesteigert werden und sich dadurch auf den „Drehtüreffekt“ auswirken könnte. Des Weiteren wird der Begriff psychosoziale Beratung als Methode der Sozialen Arbeit angesehen und findet laut Hans Thiersch in den unterschiedlichsten Handlungsfeldern der Profession Verwendung, was auf einen universalistischen Aspekt hinweist. Demzufolge schreibt er allgemeiner von sozialer Beratung, was sich in Zusammenhang mit sozialen Anliegen von Patient*innen bringen lässt (vgl. Thiersch 1991:23). Anhand der bisherigen Aussagen lässt sich ablesen, dass das Individuum im Mittelpunkt der psychosozialen Beratung steht und als Expert*in seiner*ihrer Lebenswelt und seiner*ihrer aktuellen Situation angesehen wird. Daraus folgt auch, wie wichtig es ist, Patient*innen unter dem Aspekt der Freiwilligkeit in der Beratung in den Prozess miteinzubinden.

2.4 Allgemeinmedizin

Da in der Forschungsarbeit neben der Sozialen Arbeit auf die Allgemeinmedizin Bezug genommen wird, braucht es zu Beginn ein allgemeingültiges Verständnis darüber.

In der Lektüre „Allgemeinmedizin und Praxis“ wird die Allgemeinmedizin damit erklärt, dass sie „eine eigenständige ärztliche Funktion [ist] und [...] ihre Ausübung [...] auf dem [...] geschaffenen Wissen über Krankheiten und Syndrome [basiert].“ (Mader 2014:4) Weiters wird angeführt, dass Allgemeinmediziner*innen häufig als niedergelassene Ärzt*innen in allgemeinmedizinischen Ordinationen tätig sind und darauf hinzielen, ihren Patient*innen bei allen gesundheitlichen Problemen zu helfen (vgl. ebd.:4). In der “World family doctors. Caring for people”, kurz “Wonca”, heißt es, dass die Allgemeinmedizin erfahrungsgemäß den ersten Berührungspunkt von Patient*innen mit dem Gesundheitsbereich darstellt und einen uneingeschränkten Zugang ermöglichen soll. Weiters wird angeführt, dass das Individuum inmitten seiner Lebenswelt zu betrachten ist und sich die Allgemeinmedizin mit „physischen, psychischen, sozialen, kulturellen und existenziellen Dimensionen“ (Wonca Europe 2002:8) zu befassen hat. Hierbei wird eine Ähnlichkeit zur Sozialarbeit aufgezeigt, welche ebenfalls den Menschen als Ganzes in seiner Lebenswelt betrachtet. Zusätzlich haben Allgemeinmediziner*innen ihre Patient*innen bei der Inanspruchnahme von anderwärtigen notwendigen

Leistungen außerhalb ihres Tätigkeitsbereichs zu unterstützen (vgl. ebd.:8). Diesbezüglich sollten Hausärzt*innen mit den Aufgaben der Sozialen Arbeit vertraut sein, um den möglichen Bedarf ihrer Patient*innen daran zu erkennen, sie in weiterer Folge darüber zu informieren und bei der Inanspruchnahme behilflich zu sein. In Bezug auf das Forschungsthema spielt die Allgemeinmedizin, insbesondere Hausärzt*innen welche den Fachbereich vertreten, deshalb eine wesentliche Rolle, da sie als Ressource von Patient*innen angesehen werden können. Sie kennen die Personen oftmals über einen längeren Zeitraum sowie deren Lebens- und Familiengeschichten und werden daher als Vertrauenspersonen für Patient*innen bezeichnet.

3 Forschungsdesign

Das Kapitel Forschungsdesign soll die für die Datenerhebung relevanten Forschungsfragen, die Methoden der Erhebung und Verarbeitung des Datenmaterials sowie eine Einführung in die Interviews bieten.

3.1 Forschungsfragen

Auf Basis der Auseinandersetzung mit dem Projektthema und der Erstellung des Themeninteresses wurden folgende Forschungsfragen konzipiert:

3.1.1 Hauptforschungsfrage

Welche Aufgabenbereiche könnte die Sozialarbeit in allgemeinmedizinischen Ordinationen einnehmen und wie könnte sich deren Einbeziehung auf den „Drehtüreffekt“ auswirken?

3.1.2 Unterfragen

- Wie sollte der Zugang zu möglichen Angeboten der Sozialarbeit gestaltet sein, um direkt von Patient*innen ohne Weisung der Allgemeinmediziner*innen angenommen zu werden?
- Welche Handlungskonzepte könnte es für die Sozialarbeit in allgemeinmedizinischen Ordinationen geben?

3.2 Erhebungsmethode

Die Wahl der Erhebungsmethode fiel auf leitfadengestützte Interviews, da bereits vor der Interviewführung konkrete Fragen zur Thematik vorhanden waren und diese Methode einen strukturierten Prozess zulässt. Ebenso bieten leitfadengestützte Interviews die Möglichkeit

immanent nachzufragen und dadurch sind Abwandlungen des Interviewleitfadens während der Durchführung erlaubt. Zusätzlich ermöglicht die gewählte Form die Bildung eines dialogischen Prozesses und Austausches zwischen den befragten Personen und Interviewer*in. Orientiert an Flick wird empfohlen Professionist*innen vorwiegend zielgerichtete Fragen zu stellen, wohingegen offene Fragen eher für Patient*inneninterviews dienlich sein können. Aus diesem Grund wurde der Interviewleitfaden für die Patient*inneninterviews vermehrt mit offenen Fragen konzeptualisiert. Da diese Forschungsarbeit auf die Erfahrungen, Ansichten und Bedürfnisse der jeweiligen Befragten abzielt, war es relevant die subjektiven Sichtweisen der Interviewpartner*innen einzufangen. Durch die Entscheidung leitfadengestützte Interviews zu führen konnte das ermöglicht werden (vgl. Flick 2009:113-115).

3.2.1 Auswahl der Interviewpartner*innen

Vorweg erschien es zielführend mehrere Sichtweisen zur Forschungsthematik einzuholen. Aus diesem Grund wurden Interviews mit zwei Allgemeinmediziner*innen, einer Sozialarbeiterin im Kontext Krankenhaus und einem Angehörigen einer durch den Hausarzt definierten „Drehtürpatientin“ befragt. Der Kontakt zu den Allgemeinmediziner*innen wurde einerseits von der Projektleitung und andererseits durch den persönlichen Bekanntenkreis hergestellt. Durch eine Studienkollegin konnte das Interview mit einer im Krankenhaus tätigen Sozialarbeiterin ermöglicht werden. Es wurde davon ausgegangen, dass einige sozialarbeiterische Aufgabengebiete im Krankenhauskontext denen in allgemeinmedizinischen Ordinationen ähnlich sein können, weshalb die Expertise der befragten Frau herangezogen wurde. Darüber hinaus konnte der erstbefragte Allgemeinmediziner einen Angehörigen ausfindig machen, der sich für das Interview bereit erklärte. Um die vollständige Anonymisierung der befragten Personen zu garantieren, werden weder Name, Alter, Herkunft, Ortsgebiet noch konkrete Details zu den Arbeitsbereichen offenbart. Vor den Interviews wurde die Einverständniserklärung via Datenschutzformular eingeholt.

3.2.2 Datenmaterial von Kolleginnen des Forschungsprojekts

Da angestrebt wurde möglichst viele Sichtweisen in begrenzter Zeit einzuholen, entstand im Projektteam eine Subgruppe mit weiteren zwei Kolleginnen. Die Subgruppe begab sich in ein gemeinsames Feld um dort Daten generieren zu können. Demnach wurden zwei gemeinsame Leitfäden erstellt um möglichst alle drei Themenbereiche abdecken zu können. So wurde der erstbefragte Hausarzt gemeinsam und zwei Patient*innen sowie ein Angehöriger getrennt voneinander interviewt, danach die erhobenen Daten individuell transkribiert und ausgewertet. Dadurch, dass die Interviewleitfäden in drei Teile gegliedert waren, erleichterte es den Prozess der Erhebung wie auch den der weiteren Verwertung. Demzufolge konnten aus einem gemeinsamen Datenpool Inhalte aus anderwärtigen Interviews für die eigene Forschungsarbeit herausgefiltert und in den Ergebnisteil eingebaut werden. So wurde bei der Diskussion im Ergebnisteil auf ein Interview einer Kollegin, geführt mit einem Sozialarbeiter eines Primärversorgungszentrums, zurückgegriffen.

3.3 Auswertungsmethode

Die Wahl der Auswertungsmethode fiel auf das offene Kodieren nach Strauss und Corbin. Diese Auswertungstechnik stammt aus der Grounded Theory und untersucht unter anderem wie erhobene Daten sich unterscheiden oder ähneln können (vgl. Strauss und Corbin 1996:44). Wie schon bei der Datenerhebung erschien es ebenso bei der Auswertung relevant zu sein, eine Struktur für ein überschaubares Arbeiten mit den generierten Daten herzustellen. Daher fiel die Entscheidung auf das offene Kodieren. Die Auswertungsmethode wurde für Sätze sowie ganze Absätze der einzelnen Interviewtranskripte verwendet. Für jeden gewählten Abschnitt wurde ein Konzept erstellt, das den Inhalt der Teile mit einem Wiedererkennungswert präsentieren sollte. Die Abschnitte wurden folglich in Eigenschaften und Dimensionen zerlegt, um anschließend Beziehungen zwischen den individuellen Abschnitten, in Form von Kategorien, erkennen zu können. Abschließend wurden durch Memos, auch Kode-Notizen genannt, die jeweiligen Teile interpretiert und Gedanken, die für die Erstellung des Ergebnisteiles bereits nützlich waren, festgehalten (vgl. ebd.:51-55). Um alle Interviewinhalte miteinander zu vergleichen, wurden nach Ende der Auswertung Hauptkategorien erstellt, welche die Überschriften des Ergebnisteils darstellen.

Damit den Leser*innen ein transparenter Blick in die Forschung gewährleistet werden kann, befinden sich im Anhang jeweils ein Ausschnitt eines Interviewleitfadens, einer Transkription sowie einer Auswertung der generierten Daten. Dadurch kann möglicherweise der Forschungsprozess besser nachvollzogen werden.

4 Ergebnisdiskussion

Im Ergebnisteil werden nachfolgend die bedeutsamsten Erkenntnisse dieser Forschungsarbeit dargestellt. Da nicht nur die eigenen Interviews für den Ergebnisteil herangezogen wurden, sondern die Datenmenge zusätzlich durch zwei Interviews von Kolleginnen der Subgruppe verdichtet wurde, wird nicht in jedem Kapitel Bezug auf alle Aussagen genommen. Vielmehr soll den Leser*innen mittels aussagekräftiger Stellungnahmen eine Diskussion geboten werden. Um einen Einblick in die Interviewführung zu gewähren, wurden die Zitate mit Hervorhebungen versehen. Aus diesem Grund werden Aussagen der Interviewpartner*innen in der Umgangssprache sowie betonte Wörter „fett“ markiert wiedergegeben.

4.1 Bedarf an Sozialarbeit im Kontext Allgemeinmedizin

In diesem Kapitel sollen die Standpunkte der befragten Personen in Bezug auf den Bedarf an Sozialarbeit dargestellt werden. Infolgedessen ermöglicht dieses Kapitel einen mehrperspektivischen Blick, da es die Sichtweisen der Allgemeinmedizin, der Sozialarbeit als auch jene der Patientin und des Angehörigen vereint.

4.1.1 Sozialarbeit direkt in allgemeinmedizinischen Ordinationen

Durch das nachfolgende Zitat wird dargestellt, wie der erstbefragte Allgemeinmediziner bereits versucht hat, die Soziale Arbeit für seine Ordination zu gewinnen:

„Jo i hobs mehrmois probiert [...] oba leider Gottes hods hoid äh **nie** funktioniert wei die finanzielle Struktur dafür ned do wor, oba der Wille wor meistens vo **beiden** Partner do, oiso sowohl **beiden** Gesundheitsberufen vo mir und dem Sozialarbeiter oder Sozialarbeiterin wor da Wille immer do.“ (T1 2019:Z.7-15)

Nach Aussage des Hausarztes wird deutlich, dass nicht bloß er, sondern auch Vertreter*innen der Sozialen Arbeit sich eine gemeinsame Ordination wünschen, er die Herausforderung jedoch bei der Finanzierung der Sozialarbeiter*innen sieht.² Zudem kennt er die Soziale Arbeit als Gesundheitsberuf an, was auf eine wertschätzende Haltung seinerseits verweist. Im Gegensatz dazu wird nun die Sichtweise des zweitbefragten Allgemeinmediziners offenbart:

„Seh i oiso keine, bei mir jetzt überhaupt **keine Notwendigkeit**, wei´s afoch von da Frequenz her ah ned notwendig is, oiso i hob sicher 1-2-3 Moi in der Wochn natürlich ah Patienten die hoid do sozialarbeiterisch wos brauchen oba sicher ned ständig oiso do is ka ka . in meinem Bereich sicher ka Notwendigkeit gegeben jo.“ (T2 2019:Z.193-196)

Anhand dieses Zitats wird aufgezeigt, dass der Allgemeinmediziner keinen Bedarf an Sozialarbeit in seiner Ordination sieht. Die Wortwahl „überhaupt keine Notwendigkeit“ mit zusätzlicher Betonung darauf, lässt deutlich erkennen, dass er sich gegen eine Implementierung der Sozialarbeit ausspricht. Er erklärt seine Ansicht damit, dass die Häufigkeit der Patient*innen, welche Bedarf an sozialarbeiterischer Intervention hätten, bei ihm nicht gegeben ist. Das nachfolgende Zitat soll erneut verdeutlichen, weshalb er keine Notwendigkeit an sozialarbeiterischer Tätigkeit in seiner Hausarztpraxis sieht:

„[...] wär afoch a totale Ressourcenvergeudung sozusong jo . absolut oiso fürn **Sozialarbeiter** jo weil wos mocht der daun, der sitzt daun 3 Stund do, dass vielleicht irgendwer amoi ana kumt der vielleicht irgendwos braucht . wos a in 10 Minuten organisiert hod.“ (T2 2019:Z.224-226)

Seiner Erklärung kann entnommen werden, dass er Sozialarbeiter*innen wichtige Ressourcen zuschreibt und es schade wäre diese zu vergeuden. Ergänzend dazu scheint der Hausarzt die Ansicht zu vertreten, dass die Sozialarbeit die Fähigkeit hätte, Anliegen von Menschen in kurzer Zeit zu bearbeiten. Gleichzeitig kann jedoch vermerkt werden, dass zehn Minuten nicht für jedes Bedürfnis von Menschen ausreichen und die Sozialarbeit sich daher genügend Zeit zur Anamnese nehmen sollte. Selbst wenn nicht dauerhaft Patient*innenkontakt besteht, könnten die zuständigen Sozialarbeiter*innen dadurch Zeit für anderweitige Aufgaben gewinnen. So könnten, orientiert am Österreichischen Berufsverband der Sozialen Arbeit, neben Gesprächen mit Patient*innen auch Arbeiten wie Dokumentation, Evaluation, Recherche oder der Vernetzung nach Außen nachgegangen werden (vgl. OBDS 2017:3). Zudem kann aus der Aussage herausgelesen werden, dass der Allgemeinmediziner den Bedarf an Sozialarbeit bei Akutfällen sieht, nicht aber in der Prävention und Problemvermeidung. Dies begründet er damit, dass Menschen erst dann sozialarbeiterische Unterstützung in Anspruch nehmen

² Auf das Thema Finanzierung wird im Kapitel Forschungsausblick näher eingegangen.

würden, wenn schon ein Problem besteht. Doch wie bereits in der Begriffsdefinition von psychosozialer Beratung belegt werden konnte, zählt nicht nur das Handeln in dringenden Fällen, sondern bereits die Prävention zum Zuständigkeitsbereich der Sozialarbeit.

Nach den beiden Kundgebungen von Seiten der Allgemeinmedizin zum Bedarf an Sozialarbeit direkt in allgemeinmedizinischen Ordinationen, soll nun die Sichtweise der Sozialarbeit zur Thematik dargestellt werden. Die Sozialarbeiterin schreibt der Notwendigkeit an Sozialarbeit bei Hausärzt*innen eine bedeutsame Rolle zu. Sie gibt an, dass sowohl Vertreter*innen der Sozialarbeit als auch jene der Psychologie vor Ort ausreichend Arbeit hätten (vgl. T3 2019:Z.177-179). Vergleichend dazu gibt der befragte Sozialarbeiter, der bereits mit Ärzt*innen in einem Primärversorgungszentrum arbeitet, an, dass er in alten Patient*innenkarteien Einträge der Ärzt*innen gesehen hat, welche soziale Probleme der Patient*innen wahrgenommen und vermerkt haben. Damals gab es noch keine Sozialarbeit vor Ort und er schätzt das Interesse von Seiten der Allgemeinmedizin an Sozialarbeit hoch ein. Dennoch ist er der Ansicht, dass das Hauptaugenmerk der Ärzt*innen auf medizinischen Anliegen und nicht auf den sozialen Bedürfnissen der Patient*innen liegt (vgl. T6 2019:Z.168-173). Daraus lässt sich die Relevanz an Sozialarbeit direkt in allgemeinmedizinischen Ordinationen verdeutlichen, da sie sich um soziale Angelegenheiten von Patient*innen kümmern könnte. Der Autor Helmut Pauls untermauert mit seiner Ansicht die Aussage des Sozialarbeiters, indem er schreibt, dass „[ä]rztliche Behandler [sic!] [...] weitgehend von der psycho-sozialen Angelegenheitsarbeit entlastet bzw. abgekoppelt [seien].“ (Pauls 2010:96) Aus diesem Grund bedürfe es einer anderen Berufsgruppe, welche sich um die psychosozialen Angelegenheiten kümmern sollte (vgl. ebd.:96).

Anhand der Patient*inneninterviews konnte konstatiert werden, dass der Bedarf an sozialarbeiterischer Unterstützung zwar nicht dezidiert genannt wurde, sich jedoch durch erhöhten Redebedarf und spürbare Vereinsamung erschließen lässt. Diesbezüglich macht der Angehörige einer „Drehtürpatientin“ folgenden Grund für ihre wiederholte Inanspruchnahme einer allgemeinmedizinischen Ordination geltend:

„und . die braucht hoid an Doktor eben, dass wen zum Reden hod song ma so (lacht).“ (T4 2019:Z.9)

Aus diesem Zitat lässt sich erschließen, dass die Inanspruchnahme des betreuenden Hausarztes vorwiegend auf dem Redebedarf der „Drehtürpatientin“ beruht. Durch die Implementierung der Sozialarbeit direkt in der besagten Hausarztpraxis könnte dem Redebedarf möglicherweise ausreichend auf den Grund gegangen und mittels Methoden der Sozialarbeit aufgearbeitet werden. Die Autoren Bienz und Reinmann zeigen anhand des nachfolgenden Zitats auf, weshalb die Soziale Arbeit in Bezug auf Redebedarf wirken könnte:

„Mit der narrativen Gesprächsführung wird eine Situation geschaffen, die von Erzählenlassen und aktivem Zuhören geprägt ist. Die offene Erzählaufforderung ermöglicht der Patientin [sic!] ihre eigene Version von der Krankheit und ihrem Befinden zu schildern; damit werden Lebensbereiche thematisiert, die bislang nicht erfragt wurden.“ (Bienz / Reinmann 2004:34)

Zudem gibt die durch eine Studienkollegin befragte Patientin an, dass ihr behandelnder Arzt und dessen Praxisteam überlastet seien (vgl. T5 2019:Z.196). Dass das Mehr an Redebedarf für die einzelnen Patient*innen nicht angemessen befriedigt werden kann, könnte sich auf die Überlastung von Hausärzt*innen zurückführen lassen. In Bezug auf vermehrten Redebedarf und Vereinsamung gibt der zweitbefragte Allgemeinmediziner anhand eines praxisbezogenen Beispiels Folgendes an:

„de [eine Patientin; d. Verf.] hod a zum Beispiel niemanden mit dems drüber reden kaun und natürlich is des daun so a Beispiel, primär kumts wengam Schwindel jo meistens hauma des in ana Minuten geklärt, dass der hoid afoch nimma weggeht und der Rest is hoid zum Beispiel Gespräche über sowos wo sie hoid ihre Sorgen hoid ablädt do, nah.“ (T2 2019:Z.124-127)

Dieses Zitat verdeutlicht, dass die Patientin neben ihren körperlichen Beschwerden auch für psychosoziale Belange ihren Arzt konsultiert. Anhand dessen kann die Folgerung herausgearbeitet werden, dass das präsentierte somatische Problem zwar der Schwindel ist, jedoch dieser als Ausgangsgrundlage für weitere entlastende Gespräche von der Patientin genutzt werden möchte. Demnach kann ein schwaches soziales Netzwerk dazu führen, dass Patient*innen sich jemandem anvertrauen möchten und darum oftmals die betreuenden Hausärzt*innen als Ressource dienen. Gemäß der Aussage des Arztes stellt sich die Frage, ob er der geeignete Ansprechpartner für Vereinsamung ist oder ob für die psychosoziale Begleitung die Soziale Arbeit herangezogen werden sollte. Die sozialdiagnostische Herangehensweise der Sozialarbeit mittels Netzwerkkarten nach Pantuček (vgl. 2012) kann als Ausgangsbasis zur Intervention in sozialen Netzwerken von betroffenen Personen genutzt werden. Folglich könnte die Sozialarbeit im gemeinsamen Prozess mit Patient*innen bezüglich deren Vereinsamung intervenieren. Nach Burkhard Müller kann diese Arbeitsweise somit einen „Fall für“ Soziale Arbeit darstellen (vgl. Müller 2017:43-61).

4.1.2 Mobile Sozialarbeit

Zum Vergleich an die direkte Anbindung der Sozialarbeit an hausärztliche Ordinationen wird in dieser Kategorie ein mögliches Tätigkeitsfeld für Sozialarbeiter*innen vorgestellt. Das besagte Feld wurde ohne konkrete Fragestellung von einigen der interviewten Personen vorgebracht und wird dadurch als relevantes Ergebnis der Forschung angesehen. Die Erkenntnis des vorangegangenen Kapitels zeigt, dass sich die Allgemeinmediziner im Bedarf nach Sozialarbeit direkt in allgemeinmedizinischen Ordinationen uneinig sind. Dennoch kann nachfolgend belegt werden, dass es eine Gemeinsamkeit zwischen den Aussagen gibt, nämlich jene im Bedarf nach einem*einer mobilen Sozialarbeiter*in, welche für mehrere hausärztliche Ordinationen zuständig ist. So äußert sich der erstbefragte Allgemeinmediziner dazu wie folgt:

„[...] fürn Bezirk [...] brauch ma einen fahrenden, fliegenden Sozialarbeiter für 40 Stunden . und der interagiert mit den Strukturen die vorhanden sind. [...] **Das** [Gemeindesozialarbeit; d. Verf.] wäre der Traum . des is des was wir brauchen und des brauch **ich** auch als Orzt oiso und i wü mit der an Termin ausmochn und song de Familie braucht 5 Stunden an Sozialarbeiter **jetzt** [...].“ (T1 2019:Z.69-76)

Im Gespräch um eine mobile Sozialarbeit spricht der Allgemeinmediziner davon, dass dies sein Traum wäre. Die gewählte Bezeichnung lässt darauf schließen, dass der Befragte womöglich schon länger mit dem Gedanken einer Anbindung an diese Form spielt. Zusätzlich macht die Betonung des Wortes „ich“ erkenntlich, dass er offen dazu steht einen Bedarf an Sozialarbeit zu sehen. Seine weitere Schilderung klingt nach Delegation und so als ob er sich das Recht vorbehalten wolle, die Sozialarbeiter*innen nur „bei Bedarf“ anzufordern. In Bezug auf akute Krisen spricht er der Sozialarbeit sogar eine Universalitätskompetenz zu, indem er angibt, dass diesbezüglich nur die Sozialarbeit gänzlich handeln könne (vgl. T1 2019:Z.43-46). Wie bereits im vorherigen Kapitel erwähnt wurde, zählt auch das präventive Arbeiten zum Aufgabenbereich von Sozialarbeiter*innen. Als Parallele dazu heißt es in der Aussage des zweitbefragten Hausarztes:

„[...] oba wie gsogt zum Beispü an Sozialarbeiter der in gaunzn Bezirk betreut . ahm na in gaunzn Bezirk wird wahrscheinlich zwenig sei daun, oda wird ma vielleicht zwa zwa brauchn hoid nah oba des kaun i ma scho vorstön, dass des Sinn mocht jo . klor . do is hoid die Vernetzung gaunz gaunz wichtig wei hoid jo wie gsogt des passt eh ned, dass natürlich die Ärzte ah wissen, dass es des gibt und dass sie wissen wen sie anrufen müssen wens an Bedarf haum jo [...].“ (T2 2019:Z.398-403)

Beide Aussagen vereinen den Bedarf an mobiler Sozialarbeit für einen Bezirk. Es scheint nun so, als sehe der zweitbefragte Hausarzt einen Mehrbedarf an Sozialarbeit, indem er anklingen lässt, dass ein*eine Sozialarbeiter*in für einen Bezirk womöglich sogar zu wenig wäre. Daraus erschließt sich, dass mehrere Personen Bedarf an sozialarbeiterischer Intervention hätten und um sich um alle Anliegen annehmen zu können, ein*eine Professionist*in nicht ausreichen würde. Außerdem wird Bezug auf die Relevanz der interdisziplinären Vernetzung genommen. Es erscheint wichtig, Ärzt*innen der Umgebung über das Angebot einer mobilen Sozialarbeit in Kenntnis zu setzen, damit jenes in weiterer Folge auch den Patient*innen vermittelt werden kann. Zustimmung über den Bedarf an mobiler Sozialarbeit wird auch auf Seiten der Sozialen Arbeit erkenntlich. So wird in dem nachfolgenden Zitat der Sozialarbeiterin aufgezeigt, weshalb sie die mobile Form der standortbezogenen sogar vorzieht:

„Mhm oiso i glaub dass die mobile Form die bessere Variante wäre, weil dann hockst du nicht an einem Standort, sondern du bist mobil in der ganzen Gemeinde oder für 2 Gemeinden Gemeinden unterwegs jo und bist auch als solche **deklariert** jo . jo mit Ausweis und **allem drum und dran** jo und **hast auch einen Auftrag** jo und **darfst** auch amal wo anklopfen und sagen: ‚wie geht’s lhna denn‘ jo ohne jetzt von irgendjemand eine Meldung bekommen zu haben, sondern einfach präventiv [...].“ (T3 2019:Z.374-379)

Aus diesem Zitat lässt sich ein zusätzliches Tätigkeitsfeld für mobile Sozialarbeiter*innen beschreiben. Nämlich nicht nur jene der im „Radldienst“ tätigen Sozialarbeit, welche mehrere Ordinationen bedient, sondern gelegentlich auch Patient*innen direkt zuhause aufsuchen kann. Die Relevanz an Hausbesuchen durch die Sozialarbeit wird mit einer Aussage von Rainer Ningel bestärkt. Dieser gibt an, dass Hausbesuche die Chance ermöglichen, das Individuum inmitten seiner Lebenswelt zu erfassen (vgl. Ningel 2011:317). Des Weiteren wird durch das präsentierte Zitat der Unterschied zu bereits angeführten Aussagen der Hausärzte aufgezeigt. Die Sozialarbeiterin zählt nicht nur das Handeln in Akutfällen zu ihren Aufgaben, sondern auch die Arbeit unter dem präventiven Ansatz, um rechtzeitig tätig zu werden. Dieser Ansatz könnte durch professionelle Hausbesuche, welche sie durch einen vorhandenen Aus-

weis zu erklären versucht, gewährleistet werden. Demnach bräuchte es nicht immer erst dann zum Einsatz von Sozialarbeit zu kommen, wenn es bereits ein Mehr an Problemen gibt, sondern in manchen Situationen könnte bereits früh gehandelt werden. Demgemäß heißt es in der Stellungnahme des Sozialwissenschaftlers Jan Wirth, dass die aufsuchende Sozialarbeit präventive Wirkung erzielen kann „[...] weil durch sie eine bessere Sicherstellung der Grundversorgung bzw. bessere fachliche Einschätzung von Risiken möglich wird [...].“ (Wirth 2011:68) Dennoch sollte bei Hausbesuchen Vorsicht geboten sein. So spricht der befragte Sozialarbeiter für die mobile Sozialarbeit eine Befürchtung aus, indem er sagt:

„Das stelle ich mir ein bisschen invasiv vor, [...] weil die Dinge so offen liegen. Und die Menschen das auch spüren, dass sie da... Dass ich in meinem persönlichen Umfeld transparenter bin, als anderswo. Und dass diese Transparenz mit großem Unbehagen, oder mit großer Unsicherheit einhergeht, also diese gefühlte Transparenz.“ (T6 2019:Z.271-275)

Das angeführte Zitat gibt Grund zur Annahme, dass bei Hausbesuchen die Intimsphäre der Patient*innen durchbrochen wird und daher mit Vorsicht vorzugehen ist. Möglicherweise könnte man etwaige Unsicherheiten dadurch vermeiden, dass man sich vor Hausbesuchen bereits zu Terminen in der jeweiligen allgemeinmedizinischen Ordination trifft und / oder ein Gespräch zwischen der betroffenen Person, dem*der Sozialarbeiter*in und dem*der Hausärzt*in stattfindet. Die Vorgehensweise gibt Auskunft darüber, dass es in der Zusammenarbeit mit Menschen Vertrauen und Beziehungsaufbau braucht, vor allem dann, wenn Hausbesuche in der Lebenswelt der Klient*innen geplant sind. Die Autoren Bräutigam, Müller und Längen geben ebenfalls zu bedenken, dass Hausbesuche

„[...] möglicherweise einen Zugang zu der Innenwelt von Klienten [sic!] [erschweren], denn um sich persönlich öffnen zu können, bedürfen Hilfesuchende manchmal eines besonderen und distanzbietenden Schutzraums, der sich leichter in einer fremden Örtlichkeit realisieren lässt.“ (Bräutigam et al. 2011:25)

Aus dem genannten Bedenken heraus wird die Aussage des Sozialarbeiters bestärkt und Hausbesuche sollten daher in der praktischen Umsetzung nur mit Vorsicht und nach Absprache mit den Betroffenen durchgeführt werden. Des Weiteren gibt der Angehörige einer „Drehtürpatientin“ an, dass seine Mutter keinen Bedarf an Hausbesuchen hätte, da sie anstelle einer tatsächlichen Beschwerde lediglich wenig Interessen hat (vgl. T4 2019:Z.137-138). Möglicherweise ist er aufgrund des gemeinsamen Haushalts dagegen, von fremden Personen Besuch zu erhalten, oder das mangelnde Wissen über die Tätigkeiten der Sozialarbeit mag Grund für eine Verweigerung der Angebote sein. Ferner würde die Frau hinsichtlich ihrer Interessenlosigkeit sozialarbeiterische Angebote, welche es in städtischen Gebieten gäbe, nicht annehmen wollen (vgl. ebd.:Z.138-140). Ein Aspekt, der für Hausbesuche durch die Sozialarbeit sprechen könnte wäre demnach, dass das Angebot direkt zu ihr nach Hause kommen würde und sie sich den Weg in die Stadt dadurch ersparen könnte. Um eine gegensätzliche Meinung zu präsentieren, wird erneut eine Aussage des erstbefragten Allgemeinmediziners herangezogen, welcher zudem der betreuende Hausarzt jener Frau ist:

„[Einschätzung zur Bereitschaft der Angebotsannahme durch Patient*innen; d. Verf.] Hoch sofort überhaupt ka Thema . . die grein sie olle wenn wer kumt . erstens woin eh olle reden weis eh nermt haum . . erzöhn vo ernam Leben sowieso erzöhn vo de Probleme sowieso [...].“ (T1 2019:Z.94-97)

Der Allgemeinmediziner belegt seine Meinung damit, dass ein Großteil seiner Patient*innen, welche wiederholt bei ihm erscheinen, sich über Besuche von Seiten der Sozialarbeit freuen würden. Er spannt den Bogen zur Vereinsamung einiger Menschen und dass diese den Bedarf hätten, über ihre Anliegen und ihre Lebensgeschichten zu berichten.

Im Sinne der Individualität und Bedürfnisverschiedenheit der Menschen lässt sich erschließen, dass Hausbesuche situationsbedingt und individuell betrachtet werden sollten. Es ist anzunehmen, dass sich nicht jede Person wünscht von Professionist*innen zuhause besucht zu werden, doch man kann nicht pauschal behaupten, dass das Angebot für niemanden passt. Somit konnte festgestellt werden, dass sowohl die Form der mobilen Sozialarbeit, welche mehrere allgemeinmedizinische Ordinationen abdeckt, als auch jene der mobilen Sozialarbeit, die Hausbesuche tätigt, nützlich erscheint.

4.2 Notwendigkeit an Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit über die Sozialarbeit

Im Zuge der Auswertung konnte konstatiert werden, dass beinahe jedes Interview Grund zur Schlussfolgerung gab, intensive Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit über die Profession Sozialarbeit zu betreiben. Sowohl Allgemeinmediziner*innen als auch Patient*innen scheinen bis dato noch zu wenig über die Aufgaben und Angebote der Sozialarbeit zu wissen. Das könnte in weiterer Folge einer Implementierung jener Profession direkt in allgemeinmedizinischen Ordinationen sowie der Angebotsannahme im Weg stehen. Mit den nachfolgenden Aussagen aus den Interviews eins bis drei, sowie eines Interviews mit einer Patientin durch eine Kollegin, soll die Thematik aufgezeigt werden.

Der erstbefragte Allgemeinmediziner gibt an, dass das Wissen der Patient*innen über die Aufgaben der Sozialarbeit noch unzureichend sei. Er sieht es auch als seine Aufgabe an, die Menschen über die Angebote und Zuständigkeiten der Sozialen Arbeit zu informieren, um ihnen anhand von Beispielen das Verständnis dafür zu ermöglichen. So schildert er im nachfolgenden Zitat das Bewusstsein und Wissen der Patient*innen über die Profession:

„Schlecht, die wissen des ned nah die wissen ned amoi . oiso i hobs jo vor 2 Jahr ah ned gwusst nah was des is nah oiso scho, dass sis gibt oba . . oiso niedrig oba des müsste ma erna schreiben was für was die ois zuständig san [...].“ (T1 2019:Z.108-110)

Aus diesem Zitat lässt sich schlussfolgern, dass der Allgemeinmediziner sich selbst eingesteht bis vor Kurzem noch zu wenig über die Soziale Arbeit gewusst zu haben. Vergleichend dazu wird mit dem nächsten Interviewausschnitt die Ansicht des zweitbefragten Allgemeinmediziners zum Wissen über die Sozialarbeit aufgezeigt:

„[...] a h m oba i glaub, dass es vielen natürlich Patienten wissen, dass es sowos gibt oba viel Unwissen herrscht ah was was des tatsächlich beinhaltet jo die Sozialarbeit . oba wie gsogt des is hoid bissl was ned was genau mit Sozialarbeit sie manan oba des is hoid wie gsogt glaub i weitgefasster Begriff.“ (T2 2019:Z.289-293)

Durch diese Aussage wird nicht nur deutlich, dass Patient*innen noch zu wenig über die Zuständigkeiten der Sozialarbeit wüssten, sondern auch der befragte Allgemeinmediziner ein lückenhaftes Wissen darüber aufweist und sich nicht sicher ist was der Begriff beinhaltet. Er gibt zudem an, dass die Sozialarbeit für ihn ein weites Feld darstellt und spannt die Bandbreite von der Pflege bis zur Psychotherapie (vgl. ebd.:Z.295-296). Folglich wird die Darstellung der befragten Sozialarbeiterin präsentiert um zu veranschaulichen, was eine Vertreterin der thematisierten Profession über die Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit denkt:

„Dass die Patienten die Sozialarbeit in Anspruch genommen haben des auch kommunizieren jo, dass des griagt haum [...], dass die Ärzte kommunizieren wir brauchen jemand jo, dass die Ärzte ned song wia machen alles alleine jo [...].“ (T3 2019:Z.273-277)

Laut der Sozialarbeiterin ist es ihr ein Anliegen, dass Patient*innen, welche bereits Kontakt zur Sozialarbeit hatten, diese Erfahrungen auch öffentlich kundtun. Zusätzlich wirkt es so als wüsste die Sozialarbeiterin von manchen Ärzt*innen, dass diese einen Bedarf an Sozialarbeit sehen, ihn jedoch nicht nach Außen kommunizieren. Anhand keiner oder mangelhafter Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit werden weiterhin Menschen, die womöglich Bedarf an sozialarbeiterischer Intervention hätten, nicht zu Nutzer*innen dieser Dienstleistungen. Grund dafür könnte sein, dass das benötigte Wissen bei Patient*innen noch nicht oder nicht ausreichend vorhanden ist. Der Autor van Bebber zeigt vergleichend dazu in einem Buch zu Öffentlichkeitsarbeit im sozialen Bereich auf, dass die Sozialarbeit sich nicht vor der Öffentlichkeit zu verstecken braucht. Vielmehr sollte die Öffentlichkeit Einblicke in die Tätigkeiten der Sozialarbeit erhalten, um dadurch etwaigen Vorurteilen entgegenzuwirken (vgl. van Bebber 1979:83). Demnach zählt es auch zu einem Aufgabenbereich der Sozialarbeit die eigene Profession nach außen hin zu bewerben und auf sich aufmerksam zu machen. Abschließend wird nun die Sicht der Patientin miteinbezogen. Die Frau wurde zuerst gefragt ob sie bereits Kontakt zur Sozialarbeit hatte und anschließend ob sie etwas über deren Anwendungsbereiche wisse. Sie antwortete wie folgt:

„Mh eigentli ned. [...]“ „Na.“ (T5 2019:Z.157-159)

Die prägnante Antwort der Dame zeigt auf, dass das Wissen über die Sozialarbeit aus Patient*innensicht noch mangelhaft erscheint. Durch eine vermehrte Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit könnten nicht nur relevante Berufsgruppen wie zum Beispiel Allgemeinmediziner*innen, sondern generell alle Menschen Informationen über die Angebote und Zuständigkeiten der Sozialarbeit erhalten.

4.3 Gestaltung des Zugangs zur Sozialarbeit

Dieses Kapitel spiegelt die Aussagen der Allgemeinmediziner, derer von Seiten der Sozialarbeit und des Angehörigen wider. Daher wird aufgezeigt, wie sich der Zugang zur Sozialarbeit nach Implementierung direkt in allgemeinmedizinischen Ordinationen und in Form einer mobilen Sozialarbeit gestalten lassen könnte. Ebenso sollen durch zwei weitere Unterkapitel Hindernisse am Weg zur Sozialarbeit sowie die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmediziner*innen und Sozialarbeiter*innen thematisiert werden.

4.3.1 Zugang zur Sozialarbeit direkt in allgemeinmedizinischen Ordinationen

Der erstbefragte Allgemeinmediziner stellt sich den Zugang zur Sozialarbeit in seiner Ordination wie folgt vor:

„Was ned in ana Tür hoid . am Zimmer (lacht) Beratungsraum oder so, jo oiso Soziale hast jo Sozialarbeit und des steht drauf auf dem Schüdl und do kaun ma si Termine ausmochn dafür genau [...].“ (T1 2019:Z.116-118)

Seine dargestellte Vorstellung über den Zugang zur Sozialarbeit sieht demnach so aus, dass er sich ein eigenes Beratungszimmer für den*die Sozialarbeiter*in vorstellen könnte, in welchem Beratungsgespräche in einem geschützten Rahmen stattfinden. Ein eigenes Beratungszimmer in der Ordination zu besitzen, lässt auf ein professionelles Arbeiten schließen. Folglich gibt er an, dass er es als seine Zuständigkeit ansieht, Patient*innen über das Angebot aufzuklären:

„Ijo . i miassat erna oba ah erklären wos des hast. Wenn i schreib Sozialarbeit und daun schreib i drunter Doppelpunkt Pflegegeld, Doppelpunkt Pflegeproblematik, Doppelpunkt Familien . oiso ma müsste die Dinge schreiben, die müssen verstehen warum is des do [...].“ (T1 2019:Z.103-105)

In diesem Zitat wird die Relevanz der Aufklärungsarbeit erneut dargestellt. Der Zugang zur Sozialarbeit steht demnach in Verbindung mit dem Wissen der Menschen darüber. Um seinen Gedankengang weiterzuspinnen, sollten die Patient*innen die Möglichkeit erhalten ohne Weisung oder Empfehlung seinerseits die sozialarbeiterischen Angebote in Anspruch nehmen zu können. Aus diesem Grund wäre seine Vorgehensweise die Auflistung einiger Zuständigkeitsbereiche der Sozialen Arbeit. Es stellt sich jedoch die Frage ob diese Zugangsgestaltung ausreichend erscheint, um von Menschen aus eigener Motivation heraus angenommen zu werden, oder ob es dennoch zusätzlicher Empfehlung von Seiten der Allgemeinmedizin bedarf. Der interviewte Sozialarbeiter beschreibt nachfolgend wie der Zugang zur Sozialarbeit in einem Primärversorgungszentrum gestaltet ist. Hier könnten sich vergleichbare Linien zum Zugang in einer allgemeinmedizinischen Ordination herstellen lassen.

„[...] 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. (lacht)“ (T6 2019:Z.403-404)

„Die Patienten gehen zu den Assistentinnen und sagen, ich will einen Termin mit dem Sozialarbeiter haben, dann bekommen sie einen Termin mit dem Sozialarbeiter und kommen zu mir. Ich mache meine Folgetermine selbst aus.“ (ebd.:Z.6-8)

Orientiert an dieser Schilderung würden die Allgemeinmediziner*innen Patient*innen zur Sozialarbeit verweisen, sobald sie einen Bedarf erkennen, wie dem ersten Zitat entnehmend, bei vermehrtem Redebedarf und krisenhaftem Verhalten. Das zweite Zitat zeigt auf, dass es nach einer ärztlichen Verweisung den Patient*innen obliegt, ob sie sich einen Termin für ein sozialarbeiterisches Gespräch ausmachen oder nicht. Möglicherweise müsste die Zuweisung zur Sozialarbeit nicht ausschließlich über die Allgemeinmedizin erfolgen. Es könnte genauso

die Möglichkeit bestehen, dass Patient*innen von sich aus den Weg zum Angebot Sozialarbeit wählen und sich selbstständig Termine ausmachen. Dafür bräuchte es jedoch laut Aussage des Sozialarbeiters ein verständliches Angebot und ausreichend Auskünfte darüber (vgl. ebd.:Z.438-439). Daraus kann abgeleitet werden, dass die Darstellung des Angebots die Nachfrage bestimmt. Ist der Zugang erst einmal geschafft und besteht Erstkontakt zum*zur zuständigen Sozialarbeiter*in kann die weitere Terminvergabe ohne den*die Ärzt*in oder Ordinationsassistenten erfolgen.

4.3.2 Zugang zur mobilen Sozialarbeit

Die Sozialarbeiterin schildert im folgenden Zitat ihre Vorstellung über die Zugangsgestaltung zur Sozialarbeit im Kontext Hausbesuch:

„[...] passt das für Sie ich hab ausgemacht für in 3 Tagen einen Hausbesuch darf die Sozialarbeiterin mitkommen jo . . . wärn Sie damit einverstanden waun Ihna de amoi onruft? . Jo nu niederschwelliger jo amoi nur telefonieren . oiso i glaub dass do vü Möglichkeiten gäbe.“ (T3 2019:Z.516-519)

Anhand dieses Zitats wird aufgezeigt, dass Patient*innen die bedeutsamste Rolle im Zugang zur Sozialarbeit spielen. Diese müssen vor jeder Intervention, sei es durch einen Hausbesuch oder die Verweisung zur Sozialarbeit, miteinbezogen und ihr Einverständnis eingeholt werden. Die Patient*innen stehen im Mittelpunkt, da es um ihre Anliegen geht und die Sozialarbeit aufgrund ihrer Bedürfnisse eingesetzt werden soll. Die Einbeziehung der Klient*innen setzt daher voraus die Gegebenheiten so anzupassen, dass sich die Betroffenen im gewählten Setting auch wohlfühlen. Des Weiteren schreibt die Sozialarbeiterin mit ihrer Aussage der Relevanz der Hausärzt*innen eine berücksichtigungswürdige Rolle zu. Das bereits bestehende Vertrauen zwischen Patient*in und Hausärzt*in müsse in der Zugangsgestaltung genützt werden. Somit könnte der erste Hausbesuch gemeinsam stattfinden, um an der notwendigen Beziehungs- und Vertrauensarbeit zwischen Patient*in und Sozialarbeiter*in zu arbeiten. Um im Sinne der Niederschwelligkeit Kontakt herzustellen, könnte der erstmalige Zugang auch über ein Telefonat erfolgen. In einem Buch zu Niederschwelligkeit schreibt Hemma Mayrhofer davon, dass der Vertrauensaufbau zwischen Klientel und Sozialarbeit ausschlaggebend für eine professionelle Beziehung ist. Erst nach diesem Prozess kann an weitere sozialarbeiterische Unterstützungsangebote gedacht werden (vgl. Mayrhofer 2012:187). Jedenfalls wird durch die Aussage der Sozialarbeiterin erkenntlich, dass der Zugang zur Sozialarbeit, egal ob in der allgemeinmedizinischen Ordination oder im Kontext Hausbesuch, genügend Zeit für die Patient*innen erfordert und deren Partizipation gestärkt werden soll. Um ein kontroverses Beispiel aufzuzeigen, welches sich gegen die Freiwilligkeit von Menschen ausspricht, wird ein Zitat des interviewten Angehörigen angeführt:

„[...] ah wauns ned woin wei die woind jo nur weng dem ned wei i was jo ihr Freindin is jo ah ned ondas die Frau (Name anonymisiert) [...] die is die söbe wei de wissen genau wauns auf Kur fohrn daun messns jo zum Beispü song ma moi morgn is wondan oiso oda spazieren geh daun messns jo mit und des woins ned.“ (T4 2019:Z.201-205)

Diese Aussage bezieht sich zwar auf das eingebrachte Beispiel eines Kuraufenthalts, sagt jedoch auch aus, dass der Angehörige der Meinung ist, seine Mutter müsse gegen ihren Willen

an Angeboten teilnehmen. Wie bereits in der Begriffsdefinition von psychosozialer Beratung angeführt, wird der Freiwilligkeit in der Beratung eine hohe Relevanz zuteil. Aus diesem Grund wäre es der Frau selbst überlassen, ob sie sich für oder gegen sozialarbeiterische Unterstützung entscheidet, da sie und ihre Bedürfnisse den Kern der Intervention darstellen. Vergleichsweise dazu wird nun die Position des zweitbefragten Allgemeinmediziners veranschaulicht:

„[...] gibt's hoid daun an oder **eine** die hoid daun Hausfahrt bei Bedarf hod die von Ärzten ongrufen wird und songs schauens bitte moi treffen, schauens bitte moi wos kennt ma do organisieren der Patient oder die Patientin braucht des und des . des mocht sicher Sinn.“ (T2 2019:Z.439-441)

Die Aussage des Allgemeinmediziners bietet Grund zur Annahme, dass er der Sozialen Arbeit die Kompetenz zuspricht, sich um die Anliegen der Patient*innen zu kümmern und deren Bedürfnisse durch die Organisation von etwaigen Unterstützungsmöglichkeiten abdecken zu können. Der Zugang würde anhand dieser Aussage wieder über die Allgemeinmedizin gestaltet werden. Trotz dessen, dass der Hausarzt sich in der Vermittlungsrolle sieht, lässt sich durchaus erkennen, dass er einer Zusammenarbeit mit Sozialarbeiter*innen offen gegenübersteht und die Wichtigkeit einer interdisziplinären Arbeitsweise im Wohle der Patient*innen anerkennt.

4.3.3 Hindernisse am Weg zur Sozialarbeit

Es ergaben sich im Zuge der Forschung auch hinderliche Aspekte, welche den Zugang zur Sozialarbeit erschweren könnten. Dies lässt sich beispielsweise auf das mangelnde Wissen über sozialarbeiterische Tätigkeiten zurückführen. So beschreibt der zweitbefragte Allgemeinmediziner die möglichen Hindernisse zum Erreichen des Zugangs wie folgt:

„[...] do gibts doch a gewisse Hemmschwelle da ah ah hinzugehen, oft is der eigene Stolz zum Beispiel ,i muas des doch irgendwie söba schoffn' und des hert ma natürlich immer wieder gö [...].“ (T2 2019:Z.264-266)

Laut dem Hausarzt besteht immer noch eine Stigmatisierung gegenüber psychosozialen Problemen und deren Zusammenhang mit der Sozialarbeit, da jene häufig mit der Institution Psychiatrie verwechselt oder verglichen wird (vgl. ebd.:Z.276-278). Die Aussage lässt jedoch auch auf die Selbstwirksamkeit der Menschen schließen und dass sie ihre Anliegen gern eigenständig, ohne fremde Hilfe in Angriff nehmen möchten. In einem Buch zu mobiler Prävention heißt es, dass die Selbstwirksamkeit zur Motivation beiträgt und sich auf das Bewältigen von Aufgaben auswirken kann (vgl. Neumann / Seitz / Rogalski / Oppermann 2009:20). Eine grundlegende Haltung der Sozialarbeit ist diese Selbstwirksamkeit zu fördern und lediglich unterstützend tätig zu werden. So lautet ein wesentlicher Grundsatz in der Ethik der Sozialarbeit das Recht der Klientel auf Förderung von Empowerment und Selbstbestimmung durch die Sozialarbeit (vgl. Ningel 2011:144,317). Die bestärkende Haltung von Seiten der Sozialarbeit sollte jedoch wiederum an die Öffentlichkeit transportiert werden um der Stigmatisierung entgegenzuwirken. Um das vorliegende Unterkapitel mit einer weiteren

Ansicht zu stärken, wird ein genannter hinderlicher Aspekt von Seiten des erstbefragten Allgemeinmediziners präsentiert:

„Es [die Einmischung in Beziehungsangelegenheiten der Patient*innen; d. Verf.] is gefährlich . huh . und des is ah mei Erfohrung weil wir mochn des ah oft und daun hob i zu meim Papa gsogt: ‚He red ma doch mit der Frau und dem Mau und red ma doch mit der Familie und klärn des Problem‘ sogt a ‚[...] des hob i scho so oft‘ des hod er oiso er hod des früher ois Junger ah immer gmocht und daun haum die Leid san nicht mehr gekommen zu ihm [...].“ (T1 2019:Z.138-142)

Durch dieses Zitat wird aufgezeigt, dass die Bearbeitung sozialer Probleme, wie beispielsweise Beziehungsprobleme, negative Auswirkungen auf die professionelle Beziehung haben kann. Demnach wirkt es so als hätte der Hausarzt die Intention, sich, sobald es um private Angelegenheiten der Patient*innen geht, eher zurückzunehmen. Möglicherweise herrscht Unsicherheit darüber, wie er manchen Menschen seine Vermutung über die Verbindung zwischen deren somatischem Leiden und psychosozialen Anliegen vermitteln soll. Die Problematik kann sich in weiterer Folge auf den Zugang zur Sozialarbeit auswirken, da eine bestimmte Gruppe von Menschen die Thematisierung ihrer privaten Anliegen verweigern könnte. Der befragte Sozialarbeiter gibt in Bezug auf die Gesprächsbereitschaft der Patient*innen und deren eigens gesetzten Fokus auf ihre somatischen Beschwerden Folgendes an:

„Also, die Leute sind, durchaus ähm natürlich, sage ich verständlicherweise ähm zurückhaltend. Hier solche Ursachen auf den Tisch zu legen, vielleicht liegt es auch daran, dass sie halt oftmals beim Beschreiben ihrer Symptomatik bleiben, also, dass sie, dass sie einfach Bedenken haben da über ihre Familiensituation, über die Belastungen zu sprechen, dass auszusprechen, und das deshalb die...das Beschreiben der Symptomatik oft großen Raum einnimmt.“ (T6 2019:Z.137-142)

Durch das voranstehende Zitat lässt sich schlussfolgern, dass die Befürchtung der Menschen über ihre privaten Angelegenheiten zu sprechen sich auf den weiteren Betreuungsverlauf auswirken könnte. So gesehen würden manche Patient*innen, die eine Verbindung zu sozialen Anliegen erkennen, den Fokus jedoch aus Angst vor einer Bearbeitung auf der Beschreibung ihrer somatischen Symptomatik belassen. Selbst wenn der Zugang zur Sozialarbeit bereits erfolgte, wären einige, laut Angabe des Sozialarbeiters, im Gespräch über private Belastungen zurückhaltend (vgl. T6 2019:Z.136-137). Der Schilderung zufolge bedarf es auch nach Ansicht der Autoren Bienz und Reinmann an ausreichend Zeit und Vertrauen im Sinne der Beziehungsarbeit, damit es Menschen ermöglicht wird sich zu öffnen (vgl. Bienz / Reinmann 2004:33).

4.3.4 Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeit und Allgemeinmedizin

Diese Kategorie soll die Interdisziplinarität, welche im Zuge einer Implementierung gegeben wäre, erläutern. Dazu werden die Aussagen von Seiten der Sozialarbeit einer Gegenüberstellung mit denen eines Allgemeinmediziners unterzogen. Die Interdisziplinarität wird deshalb im Kontext Zugang zur Sozialarbeit bearbeitet, da davon ausgegangen wird, dass sie diesen beeinflusst. Im folgenden Zitat schildert der Sozialarbeiter seine Vorstellung von interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmediziner*innen und Sozialarbeiter*innen

und wie sich deren gegenseitige Kooperation auf die Implementierung der Sozialarbeit in allgemeinmedizinischen Ordinationen auswirken könnte:

„[...] es braucht einen gegenseitigen Respekt, und gegenseitiges Verständnis für die Fähigkeiten des Anderen. So lange Sozialarbeiter naserümpfend über Ärzte reden, ah die verschreiben nur Medikamente, und Ärztinnen über Sozialarbeiter denken, ach die quatschen ja nur lange mit den Leuten, und mehr tun sie nicht, so lange wird die Implementierung auf Schwierigkeiten stoßen.“ (T6 2019:Z.369-374)

Der oben angeführte Interviewausschnitt gibt Auskunft darüber, dass aus Sicht des Sozialarbeiters eine geringe Anerkennung beider Professionen der jeweils anderen gegenüber, Schwierigkeiten in einer Gemeinschaftsordination verursachen würde. Aus diesem Grund bedarf es einem respektvollen und verständnisvollen Umgang zwischen den Professionist*innen und auch ein Wissen über deren Zuständigkeiten und Kompetenzen jener. Vergleichend dazu stützen sich die Autoren Bienz und Reinmann auf Peter Reinicke und geben Folgendes zur Zusammenarbeit zwischen Ärzt*innen und Sozialarbeiter*innen an: „Wichtig ist auf jeden Fall eine Wertschätzung der Berufsgruppen im Umgang untereinander und dass die Sozialarbeit als eigenständige und kompetente Disziplin anerkannt wird.“ (Bienz / Reinmann 2004:64) Diese literarische Untermauerung lässt erkennen, welche Relevanz die Anerkennung der Profession Sozialarbeit auf die Zusammenarbeit haben kann. Der Sozialarbeiter führt weiters an, dass sich die Interdisziplinarität zwischen Allgemeinmedizin und Sozialarbeit positiv auf die Patient*innen auswirken könnte. Diese sollen spüren, dass sich Professionist*innen austauschen, gemeinsam an einer Lösungsfindung arbeiten und die Anliegen der Patient*innen nicht als „Pipifax“ (T6 2019:Z.305) abtun. Daraus lässt sich interpretieren, dass Zusammenhänge zwischen somatischen und psychosozialen Anliegen anerkannt und dadurch die Patient*innen ganzheitlich unterstützt werden sollten. Demgegenüber spricht sich die Sozialarbeiterin zu den Unterschieden zwischen Medizin und Sozialarbeit wie folgt aus:

„[...] dass Sozialarbeiter*innen afoch anders fragen ois wie hoid a Mediziner oda Medizinerin oda a Pflege jo wir fragen anders und wir arbeiten auch anders jo und des kaun ma vielleicht ned imma in a Schema einiduan oba wie kuman trotzdem zu an Ergebnis jo [...]“ (T3 2019:Z.674-677)

Der Sozialarbeiterin zufolge lassen sich Fragetechniken als ein Unterschied zwischen Mediziner*innen und Sozialarbeiter*innen feststellen. Demnach würden Sozialarbeiter*innen den Klient*innen andere Fragen stellen, welche sich nicht hauptsächlich in vorgefertigte Raster einfügen ließen. Möglicherweise braucht es eher die Berücksichtigung der Individualität um zu einem Ergebnis zu kommen. Außerdem würde die Sozialarbeiterin im Gespräch mit Menschen paraphrasieren und nachfragen um ihr eigenes Verständnis über das Gehörte zu überprüfen. Dies lässt auf ein professionelles Vorgehen schließen, welches sie in Verbindung mit Erfahrung und Ausbildung bringt (vgl. T3 2019:Z.682-684). Der Stellungnahme des zweitbefragten Allgemeinmediziners zufolge erkennt er zwar Ähnlichkeiten in den Tätigkeitsfeldern zwischen Allgemeinmedizin und Sozialarbeit, gibt jedoch an, dass in einer gemeinsamen Ordination die Aufgabenbereiche getrennt werden sollten (vgl. T2 2019:Z.233-234). Somit kann gesagt werden, dass die Kooperation auch eine Grenzziehung der Tätigkeiten verlangt, damit etwaige Überschneidungen verhindert werden und jede Profession dennoch nach ihren

eigenen Regeln in den vorgesehenen Zuständigkeitsbereichen tätig bleibt. Die Relevanz der Aufgabenteilung wird durch ein weiteres Zitat des zweitbefragten Hausarztes deutlich:

„[...] oiso do gibt's natürlich Vernetzungen oba jeder macht hoid so seines und hoid jo jeder is Teil des des Puzzles daun jo.“ (T2 2019:Z.248-249)

Die metaphorische Beschreibung des Arztes verbildlicht die ganzheitliche Betreuung von Patient*innen. Durch die Implementierung der Sozialarbeit und die daraus entstehende Kooperation zwischen Allgemeinmediziner*innen und Sozialarbeiter*innen wird eine Erweiterung der Sichtweise auf die präsentierte Problematik von Patient*innen ermöglicht. Es scheint so, als wäre es ihm wichtig in seinem Tätigkeitsbereich zu bleiben und keine seiner Aufgaben abzulegen. Vorzugsweise bräuchte es eine zusätzliche Unterstützung einer anderwärtigen Profession, welche sich um Anliegen von Patient*innen kümmern sollte, die die Allgemeinmedizin nicht abdecken kann. Somit kann geschlussfolgert werden, dass jeder*jede Expert*in der eigenen Profession ist und es manchmal mehrere Expertisen benötigt um Menschen ganzheitlich betreuen zu können. So heißt es in einem Buch zu interdisziplinärer Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich, dass der*die Patient*in im Mittelpunkt der Betrachtung steht und eine gelingende Betreuung nur durch eine optimale Multiprofessionalität garantiert werden kann (Bienz / Reinmann 2004:63).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es neben einer interdisziplinären Vernetzung einer wertschätzenden, auf Augenhöhe beruhenden Zusammenarbeit bedarf. Zudem braucht es ein gegenseitiges Wissen über die jeweils andere Profession, um den Bedarf der Patient*innen adäquat einordnen zu können. Dadurch können und vor allem sollen notwendige Verweisungen zueinander erfolgen.

4.4 Wirkung der Sozialarbeit auf den „Drehtüreffekt“

Unter Berücksichtigung der bisher vorgestellten Themenschwerpunkte wird nun erläutert, wie die Sozialarbeit unter Einbeziehung in allgemeinmedizinische Ordinationen oder im Zuge von Hausbesuchen auf den „Drehtüreffekt“ wirken könnte. Dazu werden diejenigen Zitate der befragten Personen präsentiert, welche die Notwendigkeit einer Inklusion der Sozialarbeit belegen sollen. Die nachfolgende Aussage des zweitbefragten Allgemeinmediziners soll anhand eines praxisbezogenen Beispiels darstellen, ob und welche Wirkung er sich nach Mitbeziehung der Sozialen Arbeit auf den „Drehtüreffekt“ von Patient*innen vorstellen kann:

„**Des auf olle** Fälle, mir foit jetzt grad wieder die oida Dame vo gestern ein . ah wenn de wahrscheinlich jemanden hätte der sie der sie vielleicht nur amoi in da Wochn a Stund mit ihr zaumsitzt und Kaffee trinkt und sie olle ihre Sorgen onhört . jo wird's wahrscheinlich weniger oft da sein bei mir jo oiso des natürlich grad Thema Vereinsamung bei älteren Leuten is do natürlich a wichtiger Aspekt keine Frage . des des würd sicher Sinn mochn jo klor.“ (T2 2019:Z.363-367)

Das gewählte Praxisbeispiel des Hausarztes zeigt auf, dass die Vereinsamung und der unbefriedigte Redebedarf von Menschen einen Faktor für den „Drehtüreffekt“ darstellen können. Die derzeitigen Strukturen der Hausarztpraxis ermöglichen es der Dame nicht,

ausreichend über ihre Anliegen zu sprechen. Aus diesem Grund bringt er die Unterstützung durch Sozialarbeit mit einer Verringerung der wiederholten Inanspruchnahme seiner Angebote in der Ordination in Zusammenhang. Auch wenn als Folge der gemeinsamen Lösungsfindung mit der betroffenen Person ein mobiler Hilfsdienst engagiert wird, braucht es vorweg die Sozialarbeit, um eine Bedürfniserhebung durchzuführen und danach diesen zu organisieren. Folglich braucht die Soziale Arbeit für Interventionen genügend Zeit um wirksam zu sein. Die Beschreibung „weniger oft da sein bei mir“ gibt Grund zur Annahme, dass der Arzt weiterhin als Ressource von Patient*innen angesehen wird und die vorhandene Beziehung zu ihm nicht aufgrund des Einsatzes der Sozialarbeit abbrechen soll. Darüber hinaus schreibt er Sozialarbeiter*innen die Kompetenz einer ganzheitlichen Betreuung zu, indem er der Ansicht ist, sie würden sich „alle ihre Sorgen“ anhören. Nach Peter Pantuček zählt die Ganzheitlichkeit zum Tätigkeitsbereich der Sozialarbeit, da die Profession an sämtlichen Lebenszusammenhängen von Menschen orientiert ist (vgl. Pantuček 2004:2). Die Wirkung der Sozialarbeit kam erst gegen Ende des Interviews zur Sprache, weshalb es so scheint, als hätten die vorherigen Fragen den Arzt zum Nachdenken angeregt und als wären ihm im Zuge dessen vermehrt Patient*innen eingefallen, auf welche die Thematik zutrifft. Anschließend an die Sichtweise des Allgemeinmediziners wird jene der Sozialarbeiterin dargestellt:

„Mah . . . oiso i glaub dass Drehtürpatient*innen [...], dass do **gaunz vü** zuhörn notwendig is jo . afoch sehr vü sehr vü recherchieren und schauen wo is der Mensch grad in wecha Situation jo . und . . und i glaub bei so Drehtürleid muas ma oft individuelle Lösungen finden oda vor allem individuelle Lösungen do gibt's ned irgend a drüberfoan oda so moch ma des wie imma do muas ma afoch länger reden und länger zuahern [...].“ (T3 2019:Z.657-662)

Die Sozialarbeiterin gibt durch das vorgebrachte Zitat Auskunft darüber, dass in der Arbeit mit „Drehtürpatient*innen“ individuelle, an die Bedürfnisse der Betroffenen angepasste Lösungen von Relevanz sind. Vermutlich liegt der Kern ihrer Begründung darin, dass es unterschiedlichste Gründe dafür gibt weshalb Menschen wiederholt Hausärzt*innen aufsuchen und somit Teil des „Drehtüreffekts“ werden. Orientiert an ihrer Aussage zeigt sich, dass Zuhören, Recherchieren, anamnestisches Arbeiten und sich ausreichend Zeit für den*die Patient*in nehmen, zur Arbeitsweise von Sozialarbeiter*innen gehören. Vergleichsweise dazu wird vom Autor Hans Thiersch bei sozialer Beratung das Informiert-sein über Lebensverhältnisse der Klientel vorausgesetzt (vgl. Thiersch 1991:25), was die Sozialarbeiterin als „wo is der Mensch grad in wecha Situation“ beschreibt und deshalb genügend Zeit zur Feststellung benötigt. Ebenso scheint es nach dem Autor Helmut Pauls von Relevanz zu sein, die „Person-in-ihrer-Situation [und] das Individuum-in-seiner-Welt“ (Pauls 2010:97) zu betrachten. Abschließend wird anhand eines Interviewausschnitts mit dem Angehörigen einer „Drehtürpatientin“ erläutert, wie die Sozialarbeit auf den Effekt wirken könnte:

„Waun de [die Hausarztpraxis; d. Verf.] zua haum **na daun is pumperlgsund nah**.des is oba do is kloa irgendwen trifft's, daun geht's eini a por Wörter reden nah sie is eh fost na si hod imma wen zum Reden waun i daham bin, außer waun i moi eikaufen fohr oda wos oba sie fohrt jo ned amoi zum Beispü eikafn mit [...].“ (T4 2019:Z.157-160)

Die Schilderung des Angehörigen soll Auskunft darüber geben, wie die Situation aussieht, wenn die Ordination des betreuenden Arztes geschlossen hat. Die Frau fühle sich in der Zeit gesund und hätte nicht das Bedürfnis eine andere allgemeinmedizinische Ordination

aufzusuchen. Dieses Verhalten lässt auf die bereits vorhandene Beziehung zum Arzt schließen. Zudem wird erkenntlich gemacht, dass sie die Hausarztpraxis vermutlich auch deswegen aufsucht um sich mit anderen Patient*innen auszutauschen. Die Aussage des Angehörigen trägt einen Widerspruch in sich, da er an einer anderen Stelle des Interviews angibt, seine Mutter würde sich aufgrund von Interessenlosigkeit nicht mit anderweitigen Menschen treffen wollen (vgl. ebd.:Z.134-140). Somit kann Interessenlosigkeit als Grund für die wiederholte Inanspruchnahme der Hausarztpraxis angesehen werden. Das Bedürfnis der Frau, die Hausarztpraxis aufgrund von persönlichem Austausch aufzusuchen, müsste nicht wegfallen. Vielmehr könnte an Personen, welche womöglich ebenfalls vom Drehtüreffekt betroffen sind, angeschlossen werden, um die Gespräche von der Ordination oder dem Wartezimmer beispielsweise in ein örtliches Kaffeehaus zu verlegen. Die Wirkung der Sozialarbeit könnte denkbar so gestaltet sein, dass das soziale Netzwerk der Frau möglicherweise vor Ort aktiviert, dadurch der Einsamkeit und Isolation entgegenarbeitet und ein neuer Weg aufgezeigt wird. In Conclusio darf jedoch keinesfalls außer Acht gelassen werden, dass die Mutter des Angehörigen nicht die Möglichkeit hatte ihre Sicht der Dinge zu schildern. Sie wird weiterhin als Expertin ihres Lebens angesehen und darf berechnigte unterschiedliche Gründe haben die Ordination häufig aufzusuchen.

5 Resümee

Im Kapitel Resümee werden nachfolgend die Forschungsfragen beantwortet, um abschließend den Forschungsausblick zu präsentieren.

5.1 Beantwortung der Forschungsfragen

Das vorliegende Kapitel soll anhand der zur Verfügung stehenden Erkenntnisse aus den Ergebniskategorien die Forschungsfragen beantworten. Den Leser*innen soll Aufschluss darüber geboten werden, wie Ergebnisse in Zusammenhang zueinander stehen und / oder sich beeinflussen.

Welche Aufgabenbereiche könnte die Sozialarbeit in allgemeinmedizinischen Ordinationen einnehmen und wie könnte sich deren Einbeziehung auf den „Drehtüreffekt“ auswirken?

Einleitend wird ein Zitat aus einer Befragung mit einem*einer Sozialarbeiter*in angeführt, welches durch die Literaturrecherche ausfindig gemacht wurde. Der befragten Person wurde die Frage gestellt, welche Aufgaben für ihn*sie weniger zu sozialarbeiterischen Tätigkeiten zählen. Die Person antwortete wie folgt: „Nichts. Jede Arbeit, auch Sekretariat oder Administration, ist sozialarbeiterische Arbeit, auch Öffentlichkeitsarbeit.“ (Bienz / Reinmann 2004:125)

In Bezug auf die Forschung konnte anhand der Ergebnisse konstatiert werden, dass die Aufgaben der Sozialarbeit im Kontext Allgemeinmedizin umfangreich sein können. Sozialarbeiter*innen können demnach sowohl bei Akutfällen, als auch zur Prävention und Problemvermeidung tätig werden. Unter Anwendung sozialarbeiterischer Methoden wie individueller Einzelfallhilfe, Lebensweltorientierung, Förderung der Selbstwirksamkeit, Ressourcen-, Netzwerk-, Vermittlungs-, Organisationsarbeit und der psychosozialen Beratung braucht es die Haltung der Profession, mit welcher sie Menschen begegnet. Zur besagten Haltung wurde in dieser Forschungsarbeit besonders Freiwilligkeit, Akzeptanz, Partizipation und Ganzheitlichkeit gegenüber betroffenen Personen genannt. Bezogen auf das oben angeführte Zitat, konnten als mögliche Beispiele für die Zuständigkeiten von Sozialarbeiter*innen im Gesundheitsbereich, neben der direkten Arbeit mit Patient*innen auch anderweitige Aufgaben herauskristallisiert werden. So zählt die Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit über die eigene Profession zu einem relevanten Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit. Einerseits um das Wissen der Gesellschaft zu erweitern und andererseits um die Angebote zu bewerben. Zudem lässt sich aufzeigen, dass Sozialarbeiter*innen vernetzend, dokumentierend, evaluierend, recherchierend und verweisend tätig sind und die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Ärzt*innen zum Umsetzungsbereich gehört. Anhand der verschiedenen Aufgabenbereiche lassen sich Aspekte finden, welche eine Wirkung auf den „Drehtüreffekt“ haben könnten. Demnach wurde bereits im Ergebnisteil auf die Notwendigkeit von ausreichend Zeitressourcen für „Drehtürpatient*innen“ und deren Anliegen wie Redebedarf, Einsamkeit und Interessenlosigkeit hingewiesen. Unter Betrachtung der „Handwerkszeuge“ Gesprächsführung, sozialer Diagnostik und Abklärung der Situation kann somit die Notwendigkeit sich Zeit für die Patient*innen zu nehmen, legitimiert werden. In weiterer Folge könnte sich das psychosoziale Arbeiten gemeinsam mit Betroffenen positiv auf den „Drehtüreffekt“ auswirken. Ebenso konnte festgestellt werden, dass die Soziale Arbeit als „Wegweiser“ für „Drehtürpatient*innen“ fungieren könnte, um gemeinsam mit ihnen mögliche anderweitige Unterstützungen zu organisieren.

*Wie sollte der Zugang zu möglichen Angeboten der Sozialarbeit gestaltet sein, um direkt von Patient*innen ohne Weisung der Allgemeinmediziner*innen angenommen zu werden?*

Der Ergebnisteil gewährte Einblick in die Voraussetzungen für die Zugangsgestaltung zur Sozialarbeit. Demnach spielen Faktoren wie Wissen, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Stigmatisierung und Niederschwelligkeit eine Rolle. Im Hinblick auf den Faktor Wissen konnte festgestellt werden, dass die Unwissenheit der Patient*innen und Hausärzt*innen über die Profession Sozialarbeit den Zugang zu dieser erschweren könnte. Aus diesem Grund wurde der Bedarf an Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit verlaublich. Ebenso benötigt es im Sinne einer interdisziplinären Zusammenarbeit einer gegenseitigen Anerkennung der kooperierenden Professionen. Patient*innen hätten somit auch die Möglichkeit ohne Weisung der Hausärzt*innen die Angebote der Sozialarbeit anzunehmen. Sie bräuchten jedoch im Vorfeld Informationen, welche auf Basis der bereits bestehenden Vertrauensbeziehung zwischen Patient*in und Allgemeinmediziner*in vermittelt werden könnten. Die Vorannahme, dass Menschen aufgrund von einem gesellschaftlichen Stigma über die Sozialarbeit, Angebote dieser bewusst nicht annehmen würden, konnte teilweise bestätigt werden. Wiederum könnte mittels Informationsverbreitung Vorurteilen entgegengearbeitet werden. Der Niederschwellig-

keit wird gleichfalls eine Wichtigkeit zugesprochen. Angebote müssten demnach freiwillig, wohnortnahe, leicht zugänglich und allgemein verständlich gestaltet sein um auch angenommen zu werden.

Welche Handlungskonzepte könnte es für die Sozialarbeit in allgemeinmedizinischen Ordinationen geben?

In dieser Forschungsarbeit werden Handlungskonzepte wie Rezepte verstanden, welche für die Umsetzung der Aufgaben in der Praxis herangezogen werden. So konnte festgestellt werden, dass es eine unmittelbare Wechselwirkung zwischen Aufgaben und Handlungskonzepten für Sozialarbeiter*innen gibt. Als Handlungskonzept dieser Arbeit entpuppte sich die Mischform der mobilen Sozialarbeit. Sie wird deshalb als Mischform bezeichnet, da sowohl die Form der Sozialarbeit, welche mehrere allgemeinmedizinische Ordinationen bedient, als auch die der aufsuchenden Sozialarbeit, welche Menschen direkt zuhause aufsucht, sinnvoll erscheint. Diese Variante benötigt daher verschiedene sozialarbeiterische Methoden, Haltungen und Zugänge, damit sie sich als erfolgsversprechend behaupten kann. Anhand dieses Beispiels soll aufgezeigt werden, dass die Hauptforschungsfrage und die derzeit behandelte Unterfrage sich gegenseitig beeinflussen. Es konnte herausgearbeitet werden, dass die mobile Sozialarbeit im Sinne der Individualität, Freiwilligkeit, Akzeptanz und Partizipation gegenüber Klient*innen zu erfolgen hat und sich an der Lebenswelt der Menschen orientiert. Wie sich erkennen lässt, besteht ein Handlungskonzept aus Aufgaben und Haltungen und wird durch jene geprägt. Unter Betrachtung dieser Erkenntnis könnte auch die Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit, die Ganzheitlichkeit, die interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie sozialarbeiterische Methoden als Handlungskonzepte angesehen werden, da sie Aufgaben und Haltungen vereinen. Demnach obliegt es den einzelnen, handelnden Sozialarbeiter*innen, wie sie Konzepte mittels Aufgaben und Haltungen in der Praxis umsetzen und ausführen.

Um das Handlungskonzept der mobilen Sozialarbeit und deren Vorgehensweise konkreter auszuführen, wird das bereits in der Ergebnisdiskussion eingebrachte Beispiel des zweitbefragten Allgemeinmediziners herangezogen:

„**Des auf olle** Fälle, mir foit jetzt grad wieder die oida Dame vo gestern ein . ah wenn de wahrscheinlich jemanden hätte der sie der sie vielleicht nur amoi in da Wochn a Stund mit ihr zaumsitzt und Kaffee trinkt und sie olle ihre Sorgen onhört . jo wird's wahrscheinlich weniger oft da sein bei mir jo oiso des natürlich grad Thema Vereinsamung bei älteren Leuten is do natürlich a wichtiger Aspekt keine Frage . des des würd sicher Sinn mochn jo klor.“ (T2 2019:Z.363-367)

Im Zuge dieser Schilderung, der gewonnen Erkenntnisse durch die Forschung und persönlicher Erfahrungen aus dem Sozialarbeitsstudium sowie der beruflichen Praxis, könnte eine mögliche Vorgehensweise mit Einbindung der Sozialarbeit für dieses Beispiel wie folgt aussehen:

1. Der Allgemeinmediziner erkennt, dass seine Patientin ein schwaches soziales Netzwerk hat und informiert die Sozialarbeit.

2. Das Einverständnis der Frau über die Einbindung der Sozialarbeit sollte eingeholt werden. Es sollte erfragt werden, ob der*die Sozialarbeiter*in beim nächsten Gespräch anwesend sein darf.
3. Das Erstgespräch zwischen Patientin, Allgemeinmediziner und Sozialarbeiter*in findet in der Ordination statt.
4. Im Zuge dessen kann bereits am Beziehungsaufbau zwischen Patientin und Sozialarbeiter*in gearbeitet werden.
5. Beim Gespräch kann abgeklärt werden, ob für die Frau ein Hausbesuch von Seiten der Sozialarbeit erwünscht ist.
 - a. Bei Zustimmung kann ein Termin für den ersten Hausbesuch vereinbart werden.
 - b. Bei Ablehnung erfolgt die Abklärung, ob weiterhin Gespräche mit dem*der Sozialarbeiter*in im Rahmen der allgemeinmedizinischen Ordination stattfinden sollen.
6. Es wird davon ausgegangen, dass ein Hausbesuch erfolgen darf. Diesbezüglich macht sich der*die Sozialarbeiter*in ein Bild über die Wohn- und Lebenssituation der Person.
7. Je nach Bedürfnislage der Frau können anhand von sozialarbeiterischen Interventionen wie der Erstellung einer Netzwerkkarte nach Pantuček (vgl. 2012) Unterstützungsmöglichkeiten, wie zum Beispiel die Aktivierung und Miteinbeziehung ihrer vorhandenen sozialen Kontakte oder ein mobiler Hilfsdienst, organisiert werden. Relevant erscheint es dabei die Frau miteinzubeziehen und sie in ihrer Selbstbestimmung und Partizipation zu fördern. Die jeweilige Vorgehensweise von Seiten der Sozialarbeit erfolgt dabei individuell, situationsbedingt und angepasst an die Lebenswelt der Klientin.
8. Im Zuge des Betreuungsprozesses sollte durchwegs ein Austausch mit dem betreuenden Allgemeinmediziner stattfinden und die getätigten Schritte dokumentiert und evaluiert werden.

Die vorläufige schrittweise Anleitung zielt darauf ab für die Praxis umgesetzt und gegebenenfalls adaptiert oder erweitert zu werden. Sie sollte als Beispiel dienen um zu veranschaulichen, wie die Sozialarbeit in ihrer mobilen Funktion im Kontext „Drehtüreffekt“ in der allgemeinmedizinischen Ordination, wirken könnte.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Trennung zwischen Handlungskonzepten und Aufgaben sowie Haltungen der Sozialen Arbeit sich als irrelevant erweist. Der gegenseitige Einfluss führt dazu, dass die Entwicklung von Konzepten nur mit deren Hilfe zielführend erfolgen kann.

5.2 Forschungsausblick

Der Schwerpunkt dieser Forschungsarbeit lag auf den Bedürfnissen von „Drehtürpatient*innen“ und deren Wissensstand über die Soziale Arbeit. Aufgrund von mangelnden zeitlichen Ressourcen und dem noch bisher zu unerforschtem Gebiet des „Drehtüreffekts“ konnten wenige Stellungnahmen von Betroffenen eingefangen werden. Es erscheint daher für

zukünftige Forschungen sinnvoll zu sein, sich zusätzlich zu qualitativen Erhebungsmethoden auch quantitativen, wie beispielsweise Fragebögen, zu bedienen. Diese Annahme kann laut Röbbken und Wetzel damit begründet werden, als dass anhand von standardisierten Befragungen ein Mehr an Daten generiert werden und somit Ergebnisse einer Objektivität und Vergleichbarkeit unterzogen werden können (vgl. Röbbken / Wetzel 2016:15). Die Kombination aus qualitativer und quantitativer Forschung könnte daher ermöglichen, die Nachfrage von Patient*innen mit der Gestaltung von sozialarbeiterischen Angeboten aufeinander abzustimmen.

Ein Faktor, welcher bei der Implementierung der Sozialen Arbeit in allgemeinmedizinischen Ordinationen und der mobilen Sozialarbeit eine Rolle spielt, ist jener der Finanzierung. So gab der erstbefragte Allgemeinmediziner an, dass er sich die Finanzierung der Sozialen Arbeit nur durch die jeweiligen Bundesländer vorstellen könnte (vgl. T1 2019:Z.65). Der Fokus der Forschungsarbeit lag nicht auf der Bezahlung der Sozialarbeiter*innen weshalb darüber nicht diskutiert wurde. Dennoch erscheint dieser Faktor wesentlich für die Implementierung der Sozialarbeit zu sein. Daher wäre es ein Anliegen, bei weiteren Forschungen zum Thema Sozialarbeit im Kontext Allgemeinmedizin, die Finanzierung zu berücksichtigen, um herauszufinden wer die Bezahlung der Sozialarbeiter*innen übernehmen könnte.

Durch die Befragung der Interviewpartner*innen konnte die Relevanz der Hausärzt*innen für Patient*innen verzeichnet werden. Diese erwiesen sich als notwendige Ressource für „Drehtürpatient*innen“, welche nicht aus deren sozialem Netz fallen, sondern vielmehr in die gemeinsame Hilfeplanung miteinbezogen werden sollten. Aus diesem Grund soll hiermit erneut angemerkt werden, dass die Sozialarbeit Menschen nicht aus der allgemeinmedizinischen Ordination entführen möchte. Es sollte versucht werden in dem bereits bestehenden Feld anzusetzen und mittels interdisziplinärer Aufgabenteilung einer ganzheitlichen Patient*innenbetreuung Genüge zu leisten.

Abschließend kann angemerkt werden, dass die Forschungsarbeit zu erkennen gab, dass sich Faktoren wie Aufklärung über die Sozialarbeit, Zugangsgestaltung, interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie sozialarbeiterische Methoden und Haltungen auf den „Drehtüreffekt“ von Patient*innen auswirken könnten. Demzufolge sieht ein Teil der Befragten ein Potenzial in der Mischung aus Sozialarbeit direkt in allgemeinmedizinischen Ordinationen und aufsuchender Sozialarbeit, was ein zusätzliches Unterstützungsangebot für Patient*innen im Gesundheitssystem darstellen könnte.

Literatur

Bienz, Barbara / Reinmann, Arlette (2004) (Hg.Innen): Sozialarbeit im Krankenhaus. Aufgaben, Methoden, Ziele. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt Verlag.

Bräutigam, Barbara / Müller, Matthias / Lungen, Sarah (2011): Die Kunst, sich einzulassen und dennoch ein anderer zu bleiben – einleitende Gedanken zur aufsuchenden Arbeit. In: Müller, Matthias / Bräutigam, Barbara (Hg.Innen): Hilfe, sie kommen! Systemische Arbeitsweisen im aufsuchenden Kontext. Heidelberg: Carl-Auer Verlag GmbH, 20-28.

Europäische Kommission (2016): Die Primärversorgung sollte ein primäres Anliegen sein. Stellungnahme des Expertenausschusses zu wirksamen Gesundheitsinvestitionen. https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/2016_primary_care_de.pdf [14.02.2019].

Fischer, Timo / Schuppenlehner, Matthias (2018): Die Stärkung der Primärversorgung in Österreich – ein erster Zwischenstand. <http://www.hauptverband.at/cdscontent/load?contentid=10008.649282&version=1518433009> [14.04.2019].

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

Hauschild, Jana / Wüstenhagen, Claudia (2013): Körper und Seele – nur gemeinsam stark. In: Zeit Online. <https://www.zeit.de/zeit-wissen/2013/03/koerper-psyche-gefuehle-gesundheit> [31.03.2019].

Mader, Frank H. (2014): Allgemeinmedizin und Praxis. 7. Auflage, Berlin, Heidelberg: Springer Medizin.

Mayrhofer, Hemma (2012): Niederschwelligkeit in der Sozialen Arbeit. Funktionen und Formen aus soziologischer Perspektive. Wiesbaden: Springer VS.

Müller, Burkhard (2017): Sozialpädagogisches Können. Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit. 8. Auflage, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

Ningel, Rainer (2011): Methoden der Klinischen Sozialarbeit. Wien, Köln, Weimar: Böhlau Verlag.

Neumann, Willi / Seitz, Franziska / Rogalski, Hagen / Oppermann, Roman Frank (2009): Mobile Prävention. Machbarkeitsstudie im Rahmen eines IKK-geförderten Projekts zur Implementierung präventiver Hausbesuche bei Versicherten mittlerer Altersstufen als Präventionsstrategie. Band 9, Neubrandenburg: o.A.

OBDS - Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit (2017): Berufsbild der Sozialarbeit. <https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2018/05/Berufsbild-Sozialarbeit-2017-06-beschlossen.pdf> [13.04.2019].

Pantuček, Peter (2004): Handlungsfelder der Sozialarbeit. In: Österreichischer Berufsverband diplomierter SozialarbeiterInnen (Hg.): Handlungsfelder der Sozialarbeit. <http://www.pantucek.com/seminare/200609polizei/handlungsfelder.pdf> [28.03.2019].

Pauls, Helmut (2010): Hard-to-reach – Gedanken zur Aporie des Alleingangs. In: Labonté-Roset, Christine / Hoefert, Hans-Wolfgang / Cornel, Heinz (Hg.Innen): Hard to Reach. Schwer erreichbare Klienten in der Sozialen Arbeit. Berlin: Schibri-Verlag, 94-107.

Rebhandl, Erwin (2019): „Hausarztmodell“ vs. Primärversorgung Neu – Was kann ich mir als Patient erwarten? In: Tagungsband der Österreichischen Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin, ÖGERN (Hg.): Primärversorgung zwischen Medizin, Pflege und Rettungsdienst. Wien: ÖGERN, 47-53.

Röbken, Heinke / Wetzels, Kathrin (2016): Qualitative und quantitative Forschungsmethoden. https://uol.de/fileadmin/user_upload/c3/Studiengaenge/BABusinessAdmin/Download/Lesepruben/bba leseprobe quali quanti forschungsmethoden.pdf [06.04.2019].

Schmid, Raimund (2015): Der Hausarzt als Sozialarbeiter. <https://www.allgemeinarzt-online.de/journal/a/der-hausarzt-als-sozialarbeiter-1738186> [30.03.2019].

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

Thiersch, Hans (1991): Soziale Beratung. In: Beck, Manfred / Brückner, Gerhard / Thiel, Ulrich-Heinz (Hg.): Psychosoziale Beratung. Klient/inn/en – Helfer/innen – Institutionen. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, 23-33.

Wälte, Dieter / Lübeck, Anja (2018): Was ist psychosoziale Beratung. Begriffsbestimmung. In: Wälte, Dieter / Borg-Laufs, Michael (Hg.): Psychosoziale Beratung. Grundlagen, Diagnostik, Intervention. Stuttgart: W. Kohlhammer, 24-31.

Wirth, Jan Volker (2011): Aufsuchen macht Sinn. In: Müller, Matthias / Bräutigam, Barbara (Hg.Innen): Hilfe, sie kommen! Systemische Arbeitsweisen im aufsuchenden Kontext. Heidelberg: Carl-Auer Verlag, 60-71.

WHO – World Health Organization (1978): Erklärung von Alma Ata. http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf [14.02.2019].

Wonca Europe - World family doctors. Caring for people (2002): Die europäische Definition der Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin.

http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/EUROPAISCHE_DEFINITION%20DER_ALLGEMEINMEDIZIN_HAUSARZTMEDIZIN.pdf [31.03.2019].

Van Bebber, Frank F. (1979): Wie sage ich es der Öffentlichkeit? Presse- und Öffentlichkeitsarbeit im sozialen Bereich. Frankfurt: Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge.

Daten

T1, Transkript von Interview 1, geführt mit einem Allgemeinmediziner am 21.02.2019, erstellt von Korn Katharina, Februar 2019

T2, Transkript von Interview 2, geführt mit einem Allgemeinmediziner am 22.02.2019, erstellt von Korn Katharina, Februar 2019

T3, Transkript von Interview 3, geführt mit einer Sozialarbeiterin am 27.02.2019, erstellt von Korn Katharina, März 2019

T4, Transkript von Interview 4, geführt mit einem Angehörigen einer „Drehtürpatientin“ am 28.02.2019, erstellt von Korn Katharina, März 2019

T5, Transkript von Kolleginneninterview, geführt mit einer „Drehtürpatientin“ am 28.02.2019, erstellt von Gugler Sophie, März 2019

T6, Transkript von Kolleginneninterview, geführt mit einem Sozialarbeiter am 05.03.2019, erstellt von Amblaczky Adriana, März 2019

Abkürzungen

bzw.	beziehungsweise
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
WHO	World Health Organization

Anhang

■ Leitfaden für das Interview 2

1. Interviewhauptteil

*„Drehtürpatient*innen“*

- Wie erkennen Sie in Ihrer Ordination „Drehtürpatient*innen“? Was bedeutet dieser Begriff für Sie?
- Wie wird in Ihrer Ordination mit „Drehtürpatient*innen“ umgegangen?
- Mit welchen Anliegen kommen „Drehtürpatient*innen“ zu Ihnen?
- Angenommen jemand kommt zu Ihnen mit einem psychosozialen Anliegen, wie gehen Sie damit um?
 - Haben Sie genügend Ressourcen um sich psychosozialen Anliegen Ihrer Patient*innen anzunehmen? Wenn ja, welche Ressourcen werden im konkreten Fall eingesetzt? Wenn nein, welche Ressourcen könnten Sie im Moment gegeben falls dafür einsetzen?
- Wie fühlen Sie sich, wenn Patient*innen mit psychosozialen Anliegen Ihre Unterstützung suchen?
 - Wen oder was bräuchte es, um Drehtürpatient*innen mit psychosozialen Anliegen angemessen unterstützen zu können und warum?

Soziale Arbeit

- Haben Sie in Ihrer Rolle als Hausarzt bereits Kontakt zu Sozialarbeiter*innen aufgenommen? Wenn ja würde ich Sie bitten diese Situation konkret zu schildern.
- Wie sieht Ihre Vorstellung von Sozialer Arbeit aus?
 - Welche Aufgaben haben Ihrer Meinung nach Sozialarbeiter*innen?
- Wie sieht Ihre Haltung gegenüber der Zusammenarbeit mit einem*einer Sozialarbeiter*in direkt in Ihrer Ordination aus?
- Was bräuchte es Ihrer Ansicht nach, um die Soziale Arbeit in Ihrer Ordination zu implementieren?
- Angenommen die Soziale Arbeit würde in Ihrer Ordination implementiert werden, welche konkreten Aufgabenbereiche könnte sie Ihrer Meinung nach einnehmen?
 - Welche Aufgabenbereiche, die Sie derzeit haben würden Sie ihr zuteilen wollen?

Struktur der Ordination

- Wie schätzen Sie das Wissen und die Vorstellungen Ihrer Patient*innen über die Tätigkeiten von Sozialarbeiter*innen ein?
- Würden Ihrer Ansicht nach Patient*innen das Angebot Soziale Arbeit direkt in Ihrer Ordination annehmen?
 - Mit Weisung Ihrerseits
 - Ohne Weisung Ihrerseits
- Wie müsste der Zugang zur Sozialen Arbeit direkt in der Ordination gestaltet sein, um möglichst viele Patient*innen mit Bedarf daran erreichen zu können?

Blick auf die Zukunft

- Was bräuchte es, um eine gelingende Gemeinschaftsordination zwischen Allgemeinmediziner*innen und Sozialarbeiter*innen zu ermöglichen?
- Was wünschen Sie sich für das Wohlbefinden von „Drehtürpatient*innen“?

2. Abschluss

- Möchten Sie noch etwas hinzufügen das Ihnen als wichtig erscheint und noch nicht erwähnt wurde?

■ Ausschnitt aus der Transkription von Interview 3

I1: Interviewerin 1

B3: Befragte 3

370 I1: Okay jo weil eben . i hob scho 2 Interviews mit Allgemeinmedizineren ghobt und do is von der einen Seite scho kuma jo sie sehn an oiso ana sieht an Bedarf on Sozialarbeit direkt in der Praxis

B3: Jo

I1: u n d a mobile Sozialarbeiterin und der ondare sachat nur an Bedarf on mobiler Sozialarbeit . oba dennoch

375 B3: Mhm oiso i glaub dass die mobile Form die bessere Variante wäre, weil dann hockst du nicht an einem Standort, sondern du bist mobil in der ganzen Gemeinde oder für 2 Gemeinden Gemeinden unterwegs jo u n d bist auch als solche deklariert jo . jo mit Ausweis und allem drum und dran jo und hast auch einen Auftrag jo und darfst auch amal wo anklopfen und sagen: ‚wie geht’s Ihna denn‘ jo ohne jetzt von irgendjemand eine Meldung bekommen zu haben, sondern einfach präventiv . oda ich darf dann vielleicht amal in da Gemeinde einen

380 Vortrag halten und sagen was tu ich denn überhaupt ja in welchen Angelegenheiten kennts ihr mei Mobilhandy anrufen . eigentlich in allen jo jo . tät i song weil daun is die die die Schwelle sehr niedrig . jo und es kaun mi daun a wer onrufen und song Frau (Name anonymisiert) Sie kennan mi ned oba songs ma wie gehtn des . jo und daun kaun i song so und so oda . a h . ruafns mi morgen nu moi on i schau Ihna noch, oda derf i vorbeikuma, na des wü i ned, sog i

385 quad daun kum i ned oba derf i ma Ihr Nummer aufschreim und amoi zruckruafn . . und do kaun ma gaunz vü mochn jo jo und des geht hin bis zu Beratungen in Gewaltsituationen jo grad bei Frauen die betroffn san . jo und do kaun i song wir haben eine Liste rufen Sie dort an die sind a h m besser ausgebildet als ich, a b e r wenn Sie mich brauchen kann ich auch kommen und i nimm ah von ah Prozessbegleiterin mit oda ich nehma jemand vom

390 Gewaltschutzzentrum schon mit jo oda ich erfrage, ich weiß beim Gewaltschutzzentrum müssen Sie sich selbst melden jo und ich spreche vor für Sie jo und daun kuma gemeinsam . . oiso do gibt so viele Varianten und so viele Möglichkeiten jo, oda wir haum amoi a Familie ghobt wo des Brot und des Gwaund in am Kosten beinond wor jo, wo wo mi da Burgamasta gfragt hod kaunst du zu der Familie amoi hinschauen, sog i nur wenn du vorher anrufst und

395 ich kommen darf wenn ich einen Auftrag habe ja . . . wor eigentlich ah ehrenomtlich jo hod si jetzt eh Gott sei Dank alles verändert oba des oiso i glaub dass die Möglichkeiten do gaunz vielseitig san und dass ganz viele Fragestellungen geben würde . . jo wo wo wir vielleicht fachlich song miassat ma wissen Hausverstand oba viele wissens hoid ned jo . .

I1: Wie schätzt du des Wissen der Patient*innen zur Sozialarbeit ein?

400 B3: . Najo . . ned so hoch . . glaub i eha oda?

I1: Hätt i ah gsogt

■ Ausschnitt aus der Auswertung von Interview 4

Passage	Konzept	Eigenschaft	Dimensionen	Memo
Oh bam Dr. (Name anonymisiert) i s . seit da Dr. (Name anonymisiert) gstorm is oba des was I jetzt ned . vorher woas bam Dr. (Name anonymisiert) nämlich Z.6-7	Dauer der Anbindung an derzeitigen Arzt	Dr.	Profession- andere	Der Angehörige gab an, dass seine Mutter den Arzt gewechselt hat seitdem ihr vorheriger Dr. verstorben ist.
und . die braucht hoid an Doktor eben, dass wen zum Reden hod song ma so (lacht) Z.9	Aufsuchen des Arztes zum Reden	Redebedarf	Vorhanden- nicht vorhanden; viel-wenig; oft-selten; intim- distanziert	Er gibt an, dass sie den Dr. lediglich zum Reden benötigen würde. Möglicher Hinweis auf Vereinsamung – trotz Angehörigen.
Jo obwoi i daham bin owa bei ihr is hoid a so waun sie irgendwen was der wos wos hod des hod am nächsten Tog sie ah Z.11-12	Hinweis Drehtürpatient*in	Angehöriger Symptom	Vorhanden- nicht vorhanden; gut-schlecht; kümmert sich-kümmert sich nicht Gegeben- nicht gegeben; viele-wenig; oft-selten; ausgeprägt- unangeprägt	Er gibt zu, dass sie trotz dessen er zuhause wäre den Arzt aufsuchen würde. Er begründet dies damit, dass sie von Leuten Symptome oder Krankheitsbilder erfährt und diese dann auf sich überträgt. Es wirkt so, als hätte sich der Herr schon damit abgefunden - würde nichts daran ändern wollen – klingt selbstverständlich.

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Katharina Korn**, geboren am **19.05.1995** in **Amstetten**, erkläre,

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

Amstetten, am 29.04.2019

Unterschrift

Korn Katharina