

Die Soziale Arbeit in der Primärversorgung

Gründe für und gegen die Implementierung einer Profession

David Detmers, 1710406006

Bachelorarbeit 2

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

Datum: 28.04.2020

Version: 1

Begutachter*in: Mag. (FH) Jochen Prusa

Abstract

Die Ausgangslage dieser qualitativen sozialarbeitswissenschaftlichen Forschungsarbeit ist die Implementierung der Sozialen Arbeit in das Versorgungskonzept der Primärversorgung. Daraus lässt sich folgende Forschungsfrage ableiten: „Warum werden Sozialarbeiter*innen in Primärversorgungseinrichtungen eingesetzt beziehungsweise nicht eingesetzt?“ Das Ziel der Arbeit ist, die Gründe für bzw. gegen die Einbindung der Sozialen Arbeit in das Versorgungskonzept der Primärversorgung zu benennen und zu analysieren. Zur Erhebung der Daten wurde ein Expert*inneninterview mit einem Arzt, der ein Primärversorgungszentrum gegründet hat, geführt. Die Daten wurden anschließend mit der Auswertungsmethode des offenen Kodierens bearbeitet. Zentrale Erkenntnisse der Forschung sind die fehlende fachliche Begründung der Nicht - Implementierung der Sozialen Arbeit, das Defizit der Multiprofessionalität und Netzwerkorientierung in der Ausbildung zum/zu Ärzt*in und die damit verbundenen Einbußen in der Versorgung der Patient*innen und die Auswirkungen des Finanzierungsmodells der Primärversorgung auf die Zusammenstellung des multiprofessionellen Teams.

Abstract (English)

The starting point of this qualitative social work research is the implementation of social work in the concept of primary health care. The following research question can be derived from this: "Why are social workers employed or not employed in primary health care facilities?" The aim of the work is to name and analyze the reasons for or against the integration of social work into the primary health care concept. To collect the data, an expert interview with a founding doctor was conducted in a primary care center. The data was then processed using the open coding evaluation method. Central findings of the research are the lack of professional justification for the non-implementation of social work, the deficit of multiprofessionalism and network orientation in the training to become a doctor and the associated losses in patient care and the effects of the financing model of primary health care on the composition of the multi-professional team.

1 Vorwort

Aufgrund der aktuellen Covid – 19 Pandemie habe ich mich entschlossen, ein kurzes Vorwort anzuführen. Im Zuge der Pandemie entstanden unvorhergesehene Herausforderungen, die den Forschungsprozess maßgeblich beeinflusst haben. Wie jedem/jeder Leser*in bekannt ist, wurden durch die Regierung Mitte März weitreichende und massive Einschränkungen des alltäglichen Lebens verordnet. Diese führten zum annähernden Stillstand der Öffentlichkeit. Man darf nur noch von und zum Arbeitsplatz pendeln, wichtige Einkäufe und Besorgungen erledigen, hilfsbedürftige Mitmenschen pflegen und unter verschärften Auflagen draußen sportlich aktiv sein. Die Universitäten und Schulen wurden geschlossen und das E-Learning in kürzester Zeit umgesetzt. Restaurants, Einzelhandel und etliche (soziale) Organisationen mussten vorübergehend schließen. Doch das Gesundheitssystem musste in diesen Zeiten mehr leisten als zuvor. Pflegekräfte und Mediziner*innen, egal ob im stationären oder im niedergelassenen Bereich, mussten unter erschwerten Voraussetzungen über sich hinauswachsen. In nutze die Gunst der Stunde und wollte unbedingt Interviews mit Mediziner*innen, die Primärversorgungseinheiten gegründet haben, führen. Wie Sie sich denken können, blieben meine Bemühungen erfolglos. Durch die neuen Herausforderungen, die durch die „Corona Krise“ entstanden sind, mussten alle Kräfte und Energien des Gesundheitssystems mobilisiert werden. Das führte dazu, dass nicht dringlich zu behandelnden Themen und Anliegen zu einem späteren Zeitpunkt erledigt werden. Meine Forschungsbemühungen wurden mit vollem Verständnis als nicht dringend eingestuft. Aus diesem Grund kam es von den zu Beginn drei geplanten Interviews zu nur einem. An dieser Stelle möchte ich dem Arzt jenes Primärversorgungszentrums meinen ausdrücklichsten Dank aussprechen, dass in Zeiten der Krise trotzdem Zeit für Interviews und Datenerhebungen zur Verfügung gestellt wurden. Bis zuletzt wurde versucht, weitere Interviewpartner*innen zu finden. Als bis Anfang April keine weitere Datenerhebung stattfinden konnte, wurde der Beschluss gefasst, die Forschungsarbeit mit einem Interview und unter Einbezug von Literaturquellen zu verfassen.

Inhalt

Abstract	2
Abstract (English)	3
1 Vorwort	4
2 Einleitung	7
3 Versorgungskonzept der Primärversorgung	9
4 Begriffsbestimmungen	10
4.1 Primärversorgungseinheit.....	10
4.2 Primärversorgungszentrum	10
4.3 Primärversorgungsnetzwerk.....	11
5 Erkenntnis- und Forschungsinteresse	11
5.1 Ausgangslage	12
5.2 Vorannahmen	12
6 Forschungsdesign	13
6.1 Forschungsfragen.....	13
6.2 Sampling.....	14
6.3 Erhebungsmethode	14
6.3.1 Aufbau	14
6.3.2 Durchführung.....	15
6.4 Auswertungsmethode.....	15
7 Forschungsergebnisse	16
7.1 Gründungsprozesse von PVEs	17
7.2 Einbindung eines multiprofessionellen Teams in PVEs	18
7.3 Soziale Arbeit in PVEs.....	19
7.3.1 Gründe gegen die Einbindung der Sozialen Arbeit	20
7.3.2 Gründe für die Einbindung der Sozialen Arbeit	22
7.4 Starre Strukturen der Einzelordinationen im Vergleich zur Primärversorgung	24
7.5 Das Medizinstudium und die Auswirkungen auf Multiprofessionalität.....	25
8 Resümee und Forschungsausblick	25
8.1 Zusammenfassende Darstellung der Forschungsergebnisse	25
8.2 Forschungsausblick.....	27
8.3 Erkenntnis und Bedeutung für die Soziale Arbeit.....	27
Literatur	29
Daten	30

Abkürzungen	30
Eidesstattliche Erklärung	31

2 Einleitung

Soziale Arbeit ist im Vergleich zur Medizin eine eher junge Profession. Allerdings war die Entstehungsgeschichte der Sozialen Arbeit von Anfang an auch immer eine Geschichte der Medizin. Schon in den 20er Jahren des vorhergehenden Jahrhunderts wurde von den Gründermüttern der Sozialen Arbeit (Alice Salomon, Jane Addams, Ilse Arlt) der Zusammenhang zwischen den gesundheitlichen Aspekten der „Wohlfahrtspflege“ einerseits und ihren wirtschaftlichen Auswirkungen andererseits betont (vgl. Arlt 2010: 66f).

In der Deklaration der „International Conference on Primary Health Care“, welche 1978 in Alma-Ata (Kasachstan) abgehalten wurde, wurden erstmals die Prinzipien der „Primary Health Care“ niedergeschrieben. Die World Health Organization (WHO) gibt in der Erklärung von Alma-Ata unter dem Punkt VI folgende Definition zum Thema Primärversorgung an:

„Unter primärer Gesundheitsversorgung ist eine grundlegende Gesundheitsversorgung zu verstehen, die auf praktischen, wissenschaftlich fundierten und sozial akzeptablen Methoden und Technologien basiert und die für Einzelpersonen und Familien in der Gesellschaft durch deren vollständige Beteiligung im Geiste von Eigenverantwortung und Selbstbestimmung zu für die Gesellschaft und das Land in jeder Phase ihrer Entwicklung bezahlbaren Kosten flächendeckend bereitgestellt wird.“ (WHO 1978)

Gemäß dieser Deklaration ist „Primary Health Care“ ein fundamentaler Bestandteil jedes Gesundheitssystems. Primärversorgung stellt demnach die erste Versorgungsebene beziehungsweise den ersten Schritt in einem Versorgungsprozess dar. Primärversorgung soll multiprofessionelle, aber auch integrative Versorgung so nahe wie es möglich ist, an den Wohnplatz oder Arbeitsplatz der Menschen bringen. Es handelt sich um ein gesundheitsorientiertes und intersektorales Konzept. (vgl. Österreichisches Forum Primärversorgung 2020)

Doch wenn Soziale Arbeit angeboten wird, so wird sie in der Außenkommunikation oft wenig bis gar nicht berücksichtigt. Sie gehört als Profession in Österreich nicht zu den Gesundheitsberufen. Dies deutet auf einen öffentlichen und politisch eingegrenzten Gesundheitsbegriff hin, der eine starke biologische und psychologische Komponente hat, jedoch die soziale Komponente ausschließt.

Die Arbeiten des vorliegenden Projektes befassen sich mit der strukturellen Einbindung der Sozialen Arbeit sowie deren konkreter Praxis. Des Weiteren soll das Standing der Sozialen Arbeit sowie die Anwendung des Biopsychosozialen Modells innerhalb der Primärversorgung näher untersucht werden.

Die Hauptschwerpunkte dieses Forschungsvorhabens gliedern sich in folgende Themenbereiche innerhalb der Primärversorgung:

- Bedingungen und Hintergründe in der Praxis der Sozialen Arbeit
- Hilfeplanung und Unterstützungsprozess
- Klassifikations- und Dokumentationssysteme
- Wahrnehmung und strukturelle Einbindung

Innerhalb dieser Schwerpunkte wurden individuelle Fragestellungen entwickelt und empirisch beforscht. Diese Forschungsarbeit ist im Themenbereich „Wahrnehmung und strukturelle Einbindung“ angesiedelt und wird folgend eingeleitet:

Neben einem weiten Spektrum an unterschiedlichen Professionen ist auch die Soziale Arbeit Teil des Versorgungskonzepts der Primärversorgung. Neben Ärzt*innen, Pflegekräften, Logopäd*innen, Ergotherapeut*innen uvm., bildet die Soziale Arbeit das „Team um den/die Patient*in“. Mit dem Ziel der Umsetzung von 75 Primärversorgungseinheiten in Österreich soll eine flächendeckende, wohnortnahe und ganzheitliche Gesundheitsversorgung gewährleistet werden. Diese Forschungsarbeit widmet sich vorrangig der Frage, warum die Soziale Arbeit in manchen Primärversorgungseinheiten implementiert ist, in anderen jedoch nicht. Die Beantwortung der Forschungsfrage „Warum werden Sozialarbeiter*innen in Primärversorgungseinheiten eingesetzt beziehungsweise nicht eingesetzt?“ ist dahingehend relevant, dass erst durch das Ermitteln der Gründe für bzw. gegen den Einsatz von Sozialer Arbeit in Primärversorgungseinheiten eine flächendeckende Implementierung umgesetzt werden kann. Zur Beantwortung jener Forschungsfrage wurden die durch ein Expert*inneninterview gesammelten Daten mittels offenen Kodierens ausgewertet und wissenschaftlich verarbeitet. (vgl. EWG 2017)

Die Forschungsarbeit gliedert sich wie folgt: Zu Beginn wird das Versorgungskonzept der Primärversorgung überblicksartig vorgestellt. Darauffolgend werden die zentralen Begriffe Primärversorgungseinheit, Primärversorgungszentrum und Primärversorgungsnetzwerk definiert. Danach werden Forschungs- und Erkenntnisinteresse sowie Vorannahmen angeführt. Folgend werden das Forschungsdesign und die Art der Datenerhebung vorgestellt. Das nächste Kapitel widmet sich den Forschungsergebnissen und bildet gleichzeitig den Hauptteil dieser Forschungsarbeit. Abschließend werden die Forschungsergebnisse zusammengefasst dargestellt, ein Forschungsausblick gegeben und die Erkenntnisse und Bedeutungen für die Soziale Arbeit beleuchtet.

3 Versorgungskonzept der Primärversorgung

Der Begriff Primärversorgung ist die deutsche Bezeichnung für „Primary Health Care“. Die World Health Organisation beschreibt Primary Health Care in ihrer Erklärung von Alma Ata (1978) als zentralen Bestandteil jedes Gesundheitssystems. Es ist die primäre – also die erste – Versorgungsebene des Gesundheitssystems mit dem Menschen in Kontakt treten. Das Versorgungskonzept der Primärversorgung beinhaltet somit gesundheitsfördernde, kurative, pflegerische, präventive, rehabilitative und palliative Maßnahmen. Dafür soll eine integrative und multiprofessionelle Versorgung möglichst nahe am Wohn- und Arbeitsplatz der Menschen etabliert werden. Primärversorgung soll sowohl Selbstbestimmung und Partizipation als auch die Entwicklung von personellen und sozialen Fähigkeiten fördern. (vgl. WHO 1978 zit. in Österreichisches Forum Primärversorgung 2020)

Nach dem § 3 des Gesundheits-Zielsetzungsgesetz (2017) lautet die Definition von Primärversorgung:

„Die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.“ (Bundesministerium 2017)

Wie lässt sich nun das Versorgungskonzept in der Praxis beobachten? Neben den klassischen Einzelordinationen sollen weitere Gesundheits-, Sozial- und Pflegeberufe in den Praxen wohnortsnah integriert werden. Das bedeutet, dass neben dem/der Allgemeinmediziner*in beispielsweise Ergotherapie, Soziale Arbeit und Case & Care Management verortet sind. In der Praxis schließen sich Allgemeinmediziner*innen in z.B. Gruppenpraxen oder Gesundheitszentren zusammen. Des Weiteren werden, wie bereits erwähnt, andere Professionen und Berufsgruppen eingebunden. Dadurch können sowohl längere Öffnungszeiten ermöglicht werden als auch in Ausnahmefällen Vertretungen übernommen werden. Durch die Einbindung von verschiedenen Professionen wird den Patient*innen eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung „unter einem Dach“ zur Verfügung gestellt. (vgl. EWG 2017)

Wie bereits zuvor erwähnt werden im Versorgungskonzept der Primärversorgung andere Professionen in Primärversorgungseinheiten verortet. Dieses „Team“ bestehend aus unter Anderem folgenden Professionen wird als „Team rund um den/die Patient*in“ bezeichnet:

Soziale Arbeit, Logopädie, Psychologie, Psychotherapie, Diätologie, Ergotherapie, Hebammen, mobile Dienste, Physiotherapie und Kinderärzt*innen, Radiologietechnologie, Orthoptist*innen und Biomedizinische Analytik uvm. (vgl. Österreichisches Forum Primärversorgung 2020)

Ausnahmen stellen hier Ordinationsassistent*innen und diplomierte Pflegekräfte dar. Beide Berufsgruppen gehören neben den Allgemeinmediziner*innen zum Kernteam. Um Primärversorgungseinheiten gründen zu können muss das „Kernteam“ jedenfalls vorhanden sein.

Die weiteren, zuvor genannten Professionen, gehören nicht zum Kernteam, sondern zum erweiterten Team. Somit sind sie nicht verpflichtend für eine Gründung einer Primärversorgungseinheit.

Den gründenden Ärzt*innen steht es weitestgehend frei, welche Professionen sie in der jeweiligen Primärversorgungseinheit einsetzen. Die Auswahl soll nach regionalen und lebensweltlichen Bedürfnissen getroffen werden. Vor allem in ländlichen Regionen sind die Wege, die Patient*innen zu spezialisierten Mediziner*innen und Therapieangeboten oftmals sehr weit und beschwerlich. Durch das Versorgungskonzept der Primärversorgung sollen diese Erschwernisse verringert werden, indem wohnortnahe Versorgung durch unterschiedliche Professionen gewährleistet wird. (vgl. Österreichisches Forum Primärversorgung 2020)

4 Begriffsbestimmungen

Im folgenden Kapitel werden drei Zentrale Begriffe im Versorgungskonzept der Primärversorgung definiert. Es handelt sich um die Begriffe „Primärversorgungseinheit“, „Primärversorgungszentrum“ und „Primärversorgungsnetzwerk“. Als „Primärversorgungseinheit“ wird der Überbegriff einer Einrichtung der Primärversorgung beschrieben. Die weiteren zwei Begriffe definieren konkrete Organisationsformen von Primärversorgungseinheiten und werden anschließend erläutert.

4.1 Primärversorgungseinheit

Als Primärversorgungseinheit (folgend: PVE) wird die allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung definiert. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Dabei berücksichtigt sie auch gesellschaftliche Bedingungen. (vgl. Sozialministerium 2017)

4.2 Primärversorgungszentrum

Eine mögliche Organisationsform einer PVE kann das Primärversorgungszentrum (folgend PVZ) sein. Das PVZ unterscheidet sich von anderen Organisationsformen dahingehend, dass alle in dem PVZ verorteten Berufsgruppen und Professionen an einem Standort angesiedelt sind, genauer definiert sind sie in einem Gebäude verortet. Ein Vorteil der Organisation in Form eines PVZ ist die Förderung der multiprofessionellen Zusammenarbeit. Abstimmungs- und Kommunikationswege sind kürzer, auch die interne Delegation und Teamarbeit wird erleichtert.

Das bedeutet für Patient*innen, dass alle Behandlungs- und Therapieangebote an einem Standort verfügbar sind, auch eine unter Umständen notwendige Vertretung des Hausarztes oder der Hausärztin ist am selben Standort verfügbar. (vgl. Österreichische Sozialversicherung o.A.)

Zur Gründung eines PVZ kommen beispielsweise Gruppenpraxen, deren Gesellschafter*innen Ärzt*innen sein müssen, in Frage. Das PVZ kann als Offene Gesellschaft oder als GmbH gegründet werden. Des Weiteren kann ein PVZ als selbstständiges Ambulatorium gegründet werden. Jedoch wird die Möglichkeit, sich als Gesellschafter*in an dem Ambulatorium zu beteiligen, auf gemeinnützige Anbieter gesundheitlicher oder sozialer Dienste, gesetzliche Krankenversicherungsträger und Gebietskörperschaften eingeschränkt. (vgl. ebd. o.A.)

4.3 Primärversorgungsnetzwerk

Eine weitere Organisationsform einer PVE ist das Primärversorgungsnetzwerk (folgend PVN). Der größte Unterschied zu einem PVZ ist die örtliche Trennung der unterschiedlichen Berufsgruppen und Professionen. Oftmals haben Allgemeinmediziner*innen bereits eigene Praxen, die sie nicht aufgeben möchten. Aus diesem Grund können PVNs gegründet werden und die Praxen an den unterschiedlichen Standorten weiter genutzt werden. Nach Außen tritt ein PVN trotz der örtlichen Trennung als Einheit auf, in der strukturiert gemeinsam gearbeitet wird. In manchen Fällen kann die örtliche Trennung der Praxen für Patient*innen zu einer wohnortsnäheren Versorgung führen, da beispielsweise ein PVZ weiter vom Wohnort oder Arbeitsplatz entfernt ist als eine der mehreren Praxen eines PVN. (vgl. Österreichische Sozialversicherung o.A.)

PVNs können von freiberuflichen Allgemeinmediziner*innen, bestehenden Gruppenpraxen als auch anderen Angehörigen von Gesundheits- und Sozialberufen bzw. deren Trägerorganisationen gegründet werden. Mögliche Organisationsformen eines PVN sind sowohl dislozierte Ärzt*innenpraxen als Offene Gesellschaft oder GmbH, als auch Vereins- und Genossenschaftslösungen. (vgl. ebd. o.A.)

5 Erkenntnis- und Forschungsinteresse

Das Forschungsinteresse richtet sich zu allererst auf die Ermittlung des Ist-Stands. Es soll erforscht werden, aus welchen Gründen Entscheidungsträger*innen Sozialarbeiter*innen einsetzen bzw. nicht einsetzen. Um den Ist-Zustand zu ermitteln, erfordert es einer weiteren Differenzierung der Gründe für die Implementierung der Sozialen Arbeit. Hier müssen Fragestellungen beantwortet werden, welche Vorstellungen und Erwartungen Entscheidungsträger*innen an die Soziale Arbeit haben. Ebenso müssen Vorurteile erfragt werden, vor allem dann, wenn bewusst keine Sozialarbeiter*innen eingesetzt werden.

Hat es zum Beispiel einen Einfluss auf die Anstellung von Sozialarbeiter*innen, ob die Entscheidungsträger*innen Gesundheit lediglich als Abwesenheit von Krankheit sehen, oder ob sie auch eine soziale Komponente als unverzichtbar für die Definition von Gesundheit erachten. Die Beantwortung der Frage, warum PVEs Sozialarbeiter*innen einsetzen, kann als Grundlagenforschung definiert werden. Um die Profession der Sozialen Arbeit in der Primärversorgung flächendeckend zu implementieren, muss herausgefunden werden, warum Entscheidungsträger*innen den Entschluss fassen, Sozialarbeiter*innen einzusetzen, oder eben nicht einzusetzen.

5.1 Ausgangslage

Aktuell sind nicht in jeder PVE Sozialarbeiter*innen eingesetzt. Und auch wenn in einer Vielzahl der Primärversorgungseinrichtungen Sozialarbeiter*innen angestellt sind, so sind die zeitlichen und finanziellen Ressourcen der Praktiker*innen oftmals sehr knapp bemessen. Es steht den Entscheidungsträger*innen meist frei, ob sie Sozialarbeiter*innen anstellen oder nicht. Die Ausgangslage dieser Forschungsarbeit lässt sich genau bei zuvor erwähnter Freiheit der Implementierung bzw. Nichtimplementierung von Sozialarbeiter*innen verorten.

Gemäß Art. 15a B-VG über die Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens ist geplant, bis 2021 österreichweit und flächendeckend 75 PVEs zu gründen und in Betrieb zu nehmen. Nach den aktuellen Daten des österreichischen Forums für Primärversorgung sind mit Stand Dezember 2019 19 PVEs in Österreich aktiv. Davon jeweils drei in Niederösterreich und Wien, vier in Oberösterreich, jeweils eins in Salzburg und dem Burgenland und sieben in der Steiermark. In Kärnten, Tirol und Vorarlberg gibt es keine PVE in Betrieb. Mit Ausnahme von Kärnten (eine PVE in Planung) haben weder Tirol noch Vorarlberg PVEs in Planung gegeben. (Anm. Gruppenpraxen wurden hier nicht aufgelistet). (vgl. Österreichisches Forum Primärversorgung 2019)

5.2 Vorannahmen

In dem folgenden Unterpunkt werden Vorannahmen formuliert, die durch die Forschungsergebnisse be- bzw. widerlegt werden sollen. Die Vorannahmen befassen sich weitestgehend mit den Gründen, warum in manchen PVEs Sozialarbeiter*innen eingesetzt werden und in manchen nicht. So lassen sich die Vorannahmen folgend definieren:

- Ärzt*innen, die Sozialarbeiter*innen in ihren jeweiligen PVEs einsetzen, wissen über den Benefit der Sozialen Arbeit für eine ganzheitliche Gesundheit Bescheid. Die World Health Organization definiert Gesundheit als Zusammenspiel aus sozialem, seelischem und körperlichem Wohlbefinden und nicht allein das Fehlen von Krankheit. Ärzt*innen, die Soziale Arbeit implementieren, kennen den Beitrag, den die Soziale Arbeit zu einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung beitragen kann. Um laut dieser Definition den Patient*innen bei der Erreichung einer ganzheitlichen Gesundheit zu unterstützen, muss ein/eine Sozialarbeiter*in eingesetzt werden. (vgl. WHO 2006)

- Ärzt*innen, die keine Sozialarbeiter*innen in ihren jeweiligen PVEs einsetzen, wissen nicht über den Benefit der Sozialen Arbeit für eine ganzheitliche Gesundheit Bescheid. Ärzt*innen, die keine Soziale Arbeit implementieren, definieren Gesundheit nicht nach der Beschreibung der WHO. Jemand gilt als gesund, wenn er/sie frei von Krankheiten ist. Es wird keine Soziale Arbeit benötigt.
- Unabhängig davon, ob die Soziale Arbeit in einer PVE implementiert ist oder nicht, nehme ich an, dass die Profession der Sozialen Arbeit in der Hierarchie einer PVE nicht gleichgestellt mit anderen Professionen ist.
- Ärzt*innen, die keine Soziale Arbeit in PVEs implementieren, wissen nicht über die Arbeitsabläufe, Ressourcen und Kompetenzen der Profession der Sozialen Arbeit und deren Wirkungsweise auf eine ganzheitliche Gesundheit der Patient*innen Bescheid.

6 Forschungsdesign

Im folgenden Kapitel wird der Aufbau der Forschung beschrieben. Hierfür werden zu Beginn die Hauptforschungsfrage und die jeweiligen Unterfragen angeführt. Anschließend wird der Prozess der Intervieworganisation und Findung erläutert. Danach wird die Methode der Datenerhebung beschrieben. Abschließend wird die Methode, die zur Auswertung der gesammelten Daten verwendet wurde, erklärt.

6.1 Forschungsfragen

Die Hauptforschungsfrage lautet:

- Warum werden Sozialarbeiter*innen in Primärversorgungseinheiten eingesetzt beziehungsweise nicht eingesetzt?

Die Unterfragen, die zur Konkretisierung und Beantwortung der Hauptfrage beitragen, lauten wie folgt:

- Gibt es Gründe, warum Sozialarbeiter*innen in Primärversorgungseinheiten bewusst nicht eingesetzt werden? Wenn ja, welche?
- Wie läuft der Prozess der Entscheidungsfindung über die Teamzusammensetzung (und somit der Implementierung der Sozialen Arbeit in Primärversorgungseinheiten) ab?
- Wie und nach welchen fachlichen Kriterien wird über den Einsatz und Implementierung von Sozialer Arbeit in Primärversorgungseinheiten entschieden?

6.2 Sampling

Es war geplant, Ärzt*innen zu interviewen, die PVEs gegründet haben. Hierbei sollten Ärzt*innen interviewt werden, die sowohl die Soziale Arbeit implementiert haben als auch Ärzt*innen, die sich gegen die Implementierung der Sozialen Arbeit in ihren PVEs entschieden. Der Schritt, beide Seiten, also sowohl jene Ärzt*innen zu interviewen, die Sozialarbeiter*innen in ihr Team aufgenommen haben als auch jene, die keine Sozialarbeiter*innen im Team haben, wurde damit begründet, dass um eine flächendeckende Implementierung der Sozialen Arbeit im Versorgungskonzept der Primärversorgung zu fördern, nicht nur die Gründe für die Soziale Arbeit entscheidend sind. Vor allem die Gründe gegen die Implementierung der Sozialen Arbeit sind entscheidend, um zu verstehen, welche Faktoren einer ganzheitlichen Implementierung der Sozialen Arbeit im Weg stehen. Es war geplant, zwei Interviews mit Ärzt*innen zu führen, in deren PVEs keine Soziale Arbeit eingesetzt wird. Des Weiteren wurde ein Interview mit einem Arzt, der in seinem PVZ ein/eine Sozialarbeiter*in angestellt hat, geplant. Aufgrund der Umstände im Zuge der Covid-19 Pandemie kam es schlussendlich zu einem Interview mit einem Arzt. In dem PVZ ist ein/eine Sozialarbeiter*in angestellt. Die PVEs, die keine Soziale Arbeit implementiert haben, waren nicht erreichbar bzw. antworteten auf die Interviewanfragen ausschließlich mit Absagen.

6.3 Erhebungsmethode

Als Erhebungsmethode wurden leitfadengestützte Expert*inneninterviews als am sinnvollsten erachtet. Bei der Beantwortung der Forschungsfrage stehen nicht die persönlichen Ab- bzw. Zuneigungen zur Sozialen Arbeit im Vordergrund, sondern explizit die fachliche Rechtfertigung der Entscheidung für bzw. gegen den Einsatz von Sozialarbeiter*innen im Versorgungskonzept der Primärversorgung. Um eine fachlich aussagekräftige Perspektive bezüglich der Frage, warum die Soziale Arbeit in PVEs eingesetzt wird bzw. nicht eingesetzt wird zu erlangen, wurde die Erhebung durch Expert*inneninterviews anderen Interviewformen bevorzugt. Als Expert*innen wurden dafür Ärzt*innen, die PVEs gegründet haben, ausgewählt. Die Wahl fiel auf zuvor erwähnte Ärzt*innen, da sie als Expert*innen bzw. Spezialist*innen über die Gründung von PVEs und im weiteren Sinne über die Implementierung der Sozialen Arbeit im Versorgungskonzept der Primärversorgung fachspezifisches und praktisches Wissen vermitteln können. (vgl. Gläser / Laudel 2009 11 – 14)

6.3.1 Aufbau

Zu Beginn der Interviews soll eine Erzählphase, die vorrangig die Gründungsphase der jeweiligen PVE thematisiert, stehen. Dabei soll der genaue Prozess von der Ideenfindung über die Konzeptualisierung bis zur Antragstellung und Umsetzung erörtert werden. Nach der ersten Erzählphase wird immanent an dem Punkt angeknüpft, an dem es um die Implementierung der Professionen in der jeweiligen PVE geht. Die darauffolgende Erzählphase über die Zusammensetzung des multiprofessionellen Teams mit Fokus auf die Implementierung der Sozialen Arbeit soll den Hauptteil des Interviews darstellen. Im Zuge der Haupterzählphase sollen auch die erwarteten Benefits der Sozialen Arbeit für eine ganzheitliche Gesundheit der Patient*innen erforscht werden.

Daran anknüpfend sollen sowohl die Gründe für bzw. gegen die Implementierung der Sozialen Arbeit in den jeweiligen PVEs herausgearbeitet werden als auch den genauen Prozess der Entscheidungsfindung beleuchten. Als abschließende Frage sollen die Ärzt*innen der beforschten PVEs ihre Meinung kundtun, warum andere PVEs sich für bzw. gegen den Einsatz von Sozialarbeiter*innen entschieden haben. Das bedeutet, dass Ärzt*innen, in deren PVE die Soziale Arbeit implementiert wurde, ihre Meinung dazu äußern sollen, warum andere PVEs sich gegen den Einsatz von Sozialer Arbeit entschieden haben und umgekehrt.

6.3.2 Durchführung

Das Interview wurde in einem Pausenraum des PVZ durchgeführt. Interviewer und Interviewpartner waren über die Dauer des Interviews allein und ungestört. Zu Beginn wurde über Vertraulichkeit und Anonymität aufgeklärt. Anschließend wurde das Einverständnis für die Verwendung von personenbezogenen Daten eingeholt. Wie bereits im vorherigen Punkt „Aufbau“ beschrieben, wurde das Interview nach jener Struktur geführt. Zu Beginn wurde anhand eines zeitlichen Verlaufs der Gründungsprozess des PVZ geschildert. Der Interviewpartner erzählte hier beginnend mit dem Medizinstudium über die ersten beruflichen Erfahrungen bis hin zur Ideenentwicklung der Gründung eines PVZ.

Der Hauptteil des Interviews beschäftigte sich mit der Rolle der Sozialen Arbeit in dem PVZ. Neben Aufgabendefinitionen und dem Standing im Vergleich zu anderen Professionen wurde ausführlich über die Prozesse der Teambesetzungsfindung gesprochen. Hierbei wurden die in dieser PVE vorrangigen Gründe für die Implementierung der Sozialen Arbeit erläutert. Neben den Aufgaben und Erwartungen an die Soziale Arbeit wurde vor allem über die Finanzierungsmodelle in der Primärversorgung und die damit zusammenhängenden Auswirkungen auf die Zusammensetzung des multiprofessionellen Teams gesprochen. An diesem Punkt wurden auch Gründe angeführt, die andere PVEs als Gründe gegen eine Implementierung der Sozialen Arbeit wahrnehmen könnten. Der letzte Teil des Interviews behandelte vorrangig zuvor genannte mögliche Gründe gegen eine Implementierung der Sozialen Arbeit. Auch wenn das beforschte PVZ die Soziale Arbeit implementiert hat wurde in dem Interview ebenso die Seite der PVEs, die keine Soziale Arbeit implementiert haben, beleuchtet. Jene Erkenntnisse werden ebenfalls in den Forschungsergebnissen analysiert.

6.4 Auswertungsmethode

Als Auswertungsmethode für das leitfadengestützte Expert*inneninterview entschied ich mich für das offene Kodieren. Es ist eine Methode der qualitativen Sozialforschung und ein Analyseteil, der sich besonders auf das Benennen und Kategorisieren der Phänomene, in diesem Fall dem Einsatz von Sozialer Arbeit im Versorgungskonzept der Primärversorgung, mittels einer eingehenden Untersuchung der Daten bezieht.

Dabei werden die Daten in einzelne Teile aufgebrochen, gründlich untersucht, auf Unterschiede und Ähnlichkeiten verglichen und es werden Fragen über die Phänomene gestellt, wie sie sich in den Daten widerspiegeln. Dadurch werden Vorannahmen in Frage gestellt oder erforscht, was wiederum zu neuen Entdeckungen führt (vgl. Strauss / Corbin 1996: 44).

Vor allem in der Erforschung des Ist-Standes und der Prozesse, die zur Einbeziehung Sozialer Arbeit in PVEs führt, ist die Methode des offenen Kodierens als passende Auswertungsmethode verwendbar. Im Zuge dieser Forschungsarbeit werden die unterschiedlichen Beweggründe und Prozesse der Einbindung Sozialer Arbeit erforscht. Die Fülle jener Prozesse wird durch das leitfadengestützte Expert*inneninterview erhoben und mittels offenen Kodierens in verwertbare Daten und Kategorien verarbeitet.

Folgend wird der Prozess der Auswertung nach dem offenen Kodieren genauer beschrieben:

Offenes Kodieren ist eine Methode der Datenanalyse, welche durch eine Untersuchung der Daten Phänomene benennt und kategorisiert. Um die Daten auszuwerten, wurden in diesem Fall das Transkript des Interviews in kurze Sinneinheiten geteilt und in einer Tabelle angeführt, was man auch „Passage“ nennt. In der nächsten Spalte wurden konzeptuelle Bezeichnungen, denen Phänomene zugeordnet wurden, beschrieben, was auch Konzept genannt wird. Als nächstes wurden Attribute oder Eigenschaften einer Kategorie zugeordnet. In der vorletzten Spalte wurden Eigenschaften auf ein Kontinuum angeordnet, was man auch Dimension nennt. In der letzten Spalte wurden Hypothesen aufgestellt, auch Memo genannt. (vgl. Strauss / Corbin 1996: 42 – 53)

7 Forschungsergebnisse

In dem folgenden Abschnitt werden die erbrachten Forschungsergebnisse angeführt. Diese gliedern sich in fünf Kategorien. Zu Beginn wird der Prozess der Gründung einer PVE und die damit verbundenen Chancen, Potenziale und Herausforderungen für die Implementierung der Sozialen Arbeit analysiert. Anschließend wird die Einbindung eines multiprofessionellen Teams in der Primärversorgung beleuchtet. Dabei werden Prozesse der Auswahl und die damit verbundenen Gründe für das Arbeiten in multiprofessionellen Teams erläutert. Den zentralen Punkt der Forschung bilden die Gründe für bzw. gegen einen Einsatz der Sozialen Arbeit in PVEs. Die Gründe für bzw. gegen die Einbindung der Sozialen Arbeit werden separat und unabhängig voneinander beobachtet. Darauffolgend werden die Strukturen in Krankenhäusern und Einzelordinationen mit dem Versorgungskonzept der Primärversorgung verglichen. Dabei wird untersucht, ob jene Strukturen das multiprofessionelle Arbeiten in PVEs beeinflussen. Abschließend wird das Medizinstudium und dessen Auswirkungen auf die Möglichkeiten und Kompetenzen für netzwerkorientiertes und multiprofessionelles Arbeiten erforscht.

7.1 Gründungsprozesse von PVEs

Durch Herausgeben des Basispapiers der Krankenkassen, in dem die Aufgaben und Voraussetzungen für das Gründen einer PVE beschrieben sind, wurde erstmals eine genaue Definition der Möglichkeiten für gründende Ärzte und Ärztinnen benannt. Durch die genauen Vorgaben - wie auch in dem Fall des untersuchten PVZ - war vor allem die Vorgabe der Mindestanzahl von 2,5 (für gründende Ärzt*innen) Stellen schwer umsetzbar. Die genauen Vorgaben der Krankenkassen können erschwerend bei der Gründung sein, da nicht in allen Fällen alle Vorgaben erfüllt werden können. Diese Vorgaben haben zu Beginn der Planung und Umsetzung des Versorgungskonzepts der Primärversorgung die Zahl der Einreichungen niedrig gehalten.

Bis 1. Jänner 2018 bewarben sich so wenige Ärzt*innen für die Gründung von PVEs, dass die Bewerbungsfrist auf den 28. Februar 2018 verlängert wurde. In dem untersuchten Bundesland wurden schlussendlich 12 Bewerbungen für die Gründung einer PVE eingereicht. Von den 12 Bewerbungen wurden drei umgesetzt. Genauer betrachtet wurden die drei umgesetzten PVEs von Allgemeinmediziner*innen eingereicht, die anderen neun - nicht umgesetzten - Bewerbungen wurden von Gemeinden, die an ihrem Standort eine PVE etablieren wollten, eingereicht. Was bedeutet diese Diskrepanz zwischen den umgesetzten Einreichungen von Ärzt*innen und den nicht umgesetzten Bewerbungen von Gemeinden? Es zeigt, dass das Interesse und der Wunsch vorhanden sind, das Versorgungskonzept der Primärversorgung flächendeckend und ortsnah zu etablieren. Das bedeutet, dass das Interesse an der Umsetzung eines Projekts der Primärversorgung gegeben ist, sowohl Örtlichkeiten bzw. Grundstücke stehen den Gemeinden zur Verfügung. Auch die Finanzierung der PVE ist durch Anschubfinanzierungen und finanzielle Ressourcen der Gemeinden gesichert.

Im Laufe der Forschung entwickelte sich ein mögliches Szenario, warum Bewerbungen, die von Gemeinden eingereicht wurden, kategorisch abgelehnt wurden. Folgend angeführte Untersuchungen brauchen für ihre Validation weitere Forschung, die sich genauer mit der Thematik der Gründung von PVEs aus der Perspektive der Krankenkassen beschäftigt.

Die Krankenkassen lehnen die Bewerbungen der Gemeinden ab, da es massiv an gründenden Ärzt*innen mangelt. Das bedeutet, wenn eine PVE in einer Gemeinde geplant und gebaut wird, dann aber kein Arzt bzw. keine Ärztin bereit ist, die PVE zu beziehen, so steht jene leer. An dieser Stelle muss auch beachtet werden, dass in dem beforschten PVZ ebenfalls die Findung von weiteren 1,5 Stellen (für Ärzt*innen) als erschwerend für den Gründungsprozess wahrgenommen wurde, was in folgendem Zitat deutlich wird:

„[...] auf einmal ist dann von der Ärztekammer, beziehungsweise von der Krankenkasse dieses Basispapier herausgekommen. Das hat mich dann ein bisschen nach hinten geworfen, denn da stand drin, mindestens zweieinhalb Stellen. Zweieinhalb Stellen. Und die habe ich halt eigentlich nicht. Das war dann so, dass ich in -anonymisiert- mit den Kollegen wenig Überzeugungskraft gehabt hatte, das ich sage, gehen wir zusammen, machen wir was.“ (T1 2020: 1)

Das heißt, dass selbst wenn ein/e Arzt/Ärztin die PVE beziehen möchte, es dennoch weitere 1,5 Stellen braucht. Durch jene Gegebenheiten lässt sich erkennen, dass die Gemeinden zwar großes Interesse an einer Gründung einer PVE haben, jedoch der Standort der jeweiligen Gemeinden für Ärzt*innen möglicherweise nicht attraktiv genug ist oder es schlicht und ergreifend zu wenige Ärzt*innen gibt, die PVEs gründen möchten. Bezüglich der bereits vorhandenen bzw. in Planung befindlichen PVEs in Niederösterreich lässt sich erkennen, dass die PVEs in Städten und Gemeinden mit min. 5000 Einwohnern umgesetzt werden (St. Pölten ca. 50.000 Einwohner, Schwechat ca. 19.000 Einwohner und Böheimkirchen ca. 5.000 Einwohner). Wie bereits zuvor erwähnt, muss jene Erklärung für die Ablehnung der Bewerbungen der Gemeinden durch spezifischere Forschung validiert werden.

Ein weiterer Aspekt, der in Zusammenhang mit dem Ziel von 75 PVEs bis 2021 steht, ist der Vergleich zwischen PVEs, die neu gegründet werden und PVEs, die sich aus bestehenden (Einzel-)Ordinationen entwickelt haben. Erkennen lässt sich das am Beispiel des beforschten PVZ. Zwei der drei gründenden Ärzt*innen waren unmittelbar nach Beenden des Medizinstudiums bzw. nach kurzer Zeit in einer Einzelordination an der Gründung einer PVE interessiert. Hier lässt sich der Vergleich aufstellen, dass Neugründungen von PVEs mit weniger Aufwand verbunden werden als z.B. drei örtlich verstreute Einzelordinationen zusammenzuführen und als geschlossen auftretendes PVE zu arbeiten. Dies hat zum einen damit zu tun, dass etablierte und vor allem wohnortsnahe Einzelordinationen in den Gemeinden und Städten verankert sind und durch einen Wegfall jener eine Versorgungslücke entstehen kann. Zum anderen ist die Chance größer, dass Ärzt*innen, die unmittelbar nach Beendigung des Medizinstudiums stehen, sich in Gruppenstrukturen zu einem PVE zusammenschließen, als Ärzt*innen, die möglicherweise Jahrzehnte an dem gleichen Standort eine Einzelordination betrieben haben.

7.2 Einbindung eines multiprofessionellen Teams in PVEs

Im folgenden Kapitel sollen die Prozesse der Einbindung eines multiprofessionellen Teams beleuchtet werden. Dabei wurden die verschiedenen Beweggründe für die Auswahl der unterschiedlichen Professionen des multiprofessionellen Teams untersucht.

Zwei zentrale Begriffe, die im Zuge der Forschung immer wieder aufkamen, waren Ressourcenoptimierung und Ressourcenverteilung. Laut Aussagen des beforschten PVZ hat der/die Arzt/Ärztin im besten Fall fünf Minuten Beratungszeit pro Patient*in. Um jeden/jede Patient*in mit seinen/ihren individuellen Anliegen und Symptomaten ganzheitlich und effektiv zu behandeln bzw. beraten, reichen fünf Minuten nicht aus. Die Ressourcenoptimierung soll dahingehend wirken, dass durch Etablierung eines multiprofessionellen Teams möglichst jedes Anliegen der Patient*innen mit genügend zeitlichen Ressourcen bearbeitet werden kann. Das gibt jeder Profession (und auch den Ärzt*innen) die Möglichkeit, ihre Ressourcen für die Behandlung, Beratung und Betreuung auf ihrem Fachgebiet zu verwenden.

Durch Ressourcenverteilung wird sichergestellt, dass jedes Anliegen der Patient*innen von Professionist*innen bzw. Expert*innen bezüglich des eingebrachten Anliegens behandelt wird. So sollen beispielsweise Stoffwechselerkrankungen vorrangig von Diätolog*innen behandelt werden. Für z.B. Einschränkungen des Bewegungsapparates ist eine Behandlung durch Physiotherapie vorgesehen. Die Ressourcenverteilung bildet gleichzeitig die größte Stärke eines multiprofessionellen Teams, da für jedes Anliegen der/die passende Expert*in auf dem jeweiligen Fachgebiet zur Verfügung steht.

Bei der Auswahl des multiprofessionellen Teams im beforschten PVZ standen zwei unterschiedliche Überlegungen im Hintergrund. Zum ersten sollen jene Professionen implementiert werden, die den Bedürfnissen und Anliegen der Patient*innen entsprechen. Jede Region, jede Stadt und jede Gemeinde weisen unterschiedliche Bedürfnisse der Patient*innen auf. Durch die Orientierung an den regionalen Bedürfnissen wird eine passende gesundheitliche Versorgung sichergestellt. Zum zweiten sollen jene Professionen implementiert werden, die in der Region wenig oder gar nicht etabliert wurden. Am Beispiel der Physiotherapie im beforschten PVZ lässt sich jene Überlegung anhand eines Praxisbeispiels erkennen. In dieser Region gibt es, im Verhältnis zur Einwohnerzahl, wenig Physiotherapieangebote. Das hat zur Folge, dass Patient*innen lange auf einen Therapieplatz warten müssen. Durch die geringe Anzahl an Therapieangeboten im Verhältnis zur Einwohnerzahl wurde auch die Physiotherapie in das beforschte PVZ implementiert.

7.3 Soziale Arbeit in PVEs

Die Soziale Arbeit wird in dem beforschten PVZ als Profession beschrieben, die sich nicht-medizinischen Anliegen der Patient*innen annimmt. Als niederschwellige Ansprechpartner*innen wird den Sozialarbeiter*innen die Aufgabe zuteil, medizinisch diagnostizierbare Symptome mit einer nicht-medizinischen Ursache zu bearbeiten. Der Arzt des beforschten PVZ schildert die Rolle der Sozialen Arbeit folgendermaßen:

„Wir sind eine niederschwellige Anlaufstelle, weil wir sind gratis. Und sonst kommen die Patienten vom Alkoholproblem bis zum „ich wurde daheim geschlagen“, alles. Oder ich habe jetzt ein Burn-out, weil ich die dritte Arbeit verloren habe. Das sind die Sachen, die bei uns aufschlagen, die halt einfach irgendwie dann symptomatisch werden im Körper, aber die Ursache eigentlich nichts medizinisches ist.“ (T1 2020: 2)

Hier lässt sich klar das Arbeiten nach der WHO Definition von Gesundheit erkennen. Jene besagt, dass eine ganzheitliche Gesundheit aus sozialem, seelischem und körperlichem Wohlbefinden besteht und nicht auf ein Fehlen von Krankheit reduziert werden darf. Viele Umstände, die sich auf die Gesundheit der Patient*innen aus medizinischer Sicht auswirken, haben keine medizinische bzw. körperliche Ursache. Der Grund für die Symptome liegt oftmals im Sozialen und/oder im Seelischen. Vorausgesetzt, dass gründende Ärzt*innen Gesundheit als Zusammenspiel von seelischen, sozialen und körperlichen Faktoren definieren, dann übernimmt die Soziale Arbeit eine zentrale Rolle bei der ganzheitlichen Versorgung der Patient*innen. (vgl. WHO 2006)

Betrachtet man die Zielsetzung des Versorgungskonzepts der Primärversorgung, so wird es klar, dass wohnortsnah und ganzheitliche Gesundheitsversorgung etabliert werden soll. Damit Patient*innen wohnortsnah versorgt werden können, muss die gesundheitliche Versorgungslandschaft möglichst flächendeckend aufgebaut werden. Das betrifft auch die Soziale Arbeit. Geht man davon aus, dass die Soziale Arbeit als wichtiger Gesundheitsberuf maßgeblich an der Erreichung und Stabilisierung von Gesundheit mitwirken kann, so muss sie - wie in dem Versorgungskonzept der Primärversorgung definiert - wohnortsnah und flächendeckend für Patient*innen zugänglich sein.

Vor allem im ländlichen Raum ist ein niederschwelliger Zugang zur Sozialen Arbeit nicht immer gewährleistet. Weder sind die Angebote der Sozialen Arbeit flächendeckend, noch sind sie niederschwellig. Hier wird der Sozialen Arbeit in PVEs eine wichtige Rolle als niederschwellige/er Ansprechpartner*in aufgetragen. Durch den flächendeckenden Ausbau der Primärversorgung bis 2021 kann, sofern in den einzelnen PVEs implementiert, die Soziale Arbeit für Patient*innen flächendeckend zugänglich gemacht werden.

7.3.1 Gründe gegen die Einbindung der Sozialen Arbeit

Ein zentrales Forschungsthema war es, die Gründe gegen eine Implementierung der Sozialen Arbeit zu untersuchen. Der Grund, der am häufigsten genannt wurde, war das Finanzierungsmodell der Primärversorgung. In jenem Modell werden den gründenden Ärzt*innen zwar die Personalkosten der einzelnen Mitarbeiter*innen erstattet, die Kosten für Räume und Büros jener Mitarbeiter*innen jedoch nicht. Das kann Ärzt*innen dazu bewegen, das erweiterte Team möglichst klein zu halten, um die Kosten für die Räumlichkeiten niedrig zu halten. Betrachtet man jedoch ein weiteres Mal die Zielsetzungen des Versorgungskonzepts der Primärversorgung, dann würde sich eine Nicht-Implementierung jeder weiteren Profession, die ausschließlich aufgrund von Kosteneinsparungen begründet wird, als nicht konform mit den Voraussetzungen und Zielen der Primärversorgung beurteilen lassen.

Ein Grund, der explizit die Soziale Arbeit betrifft, hängt ebenfalls mit dem Finanzierungsmodell zusammen. So - laut Aussagen des beforschten PVZ - arbeiten einige PVEs gewinnorientiert. Das macht im Umkehrschluss die Patient*innen zu Geldbringer*innen. Das bedeutet, jede Profession, die der PVE Patient*innen bringt, bringt gleichzeitig Geld. Somit können die Kosten für die Büros und Räumlichkeiten zumindest zum Teil kompensiert werden. (An dieser Stelle ist es wichtig zu erwähnen, dass das beforschte PVZ Sozialarbeiter*innen einsetzt und die zuvor und auch folgenden Gründe für eine Nicht-Implementierung den Sicht- und Arbeitsweisen des beforschten PVZs nicht entsprechen) Als praktisches Beispiel wurde ein weiteres Mal die Physiotherapie genannt. Wenn ein/eine Patient*in Beschwerden des Bewegungsapparats aufzeigt, so kann er/sie in einer PVE durch den/die Physiotherapeut*in behandelt werden. Das bedeutet, es gibt ein Symptom und das passende Behandlungsangebot in einer PVE. Dadurch werden Patient*innen aufgrund des Angebots der Physiotherapie die PVE aufsuchen. Betrachtet man nun das Beispiel mit Fokus auf die Soziale Arbeit, so lässt sich auf den ersten Blick sagen, dass kein/keine Patient*in explizit wegen der Sozialen Arbeit eine PVE aufsucht.

Der Weg zum/zur Arzt/Ärztin wird vorrangig wegen des Auftretens von körperlichen Symptomen gesucht und nicht um bei der Bewältigung von sozialen Notlagen Unterstützung und Begleitung zu bekommen.

Wie bereits im vorherigen Kapitel beschrieben wirken sich soziale Notlagen und Verhaltensweisen meistens auf den Gesundheitszustand der Patient*innen aus. Hoher Alkoholkonsum wird mit großer Wahrscheinlichkeit Auswirkungen auf den Körper haben. Gesundheit braucht immer ein körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden. Was bedeutet das für die zuvor genannte Erklärung, dass die Soziale Arbeit nicht implementiert wird, weil sie keine Patient*innen in eine PVE lotst? Es bedeutet, dass die Begründung auf den ersten Blick logisch erscheint, bei genauerer Analyse jedoch als unzureichend und falsch erachtet werden muss.

Dass Gewinnorientierung in der Gesundheitsversorgung über die Bedürfnisse und Anliegen der Patient*innen gestellt wird und aus diesem Grund manche Professionen nicht implementiert werden ist, vereinfacht gesagt, suboptimal. Ungeachtet davon bringen, wie zuvor erwähnt, soziale Notlagen Patient*innen in PVEs. Es gibt unzählige Ursachen, Verhaltensweisen und Umstände, die körperliche Auswirkungen auf den Menschen haben, die allesamt auf ein Defizit des sozialen und seelischen Wohlbefindens zurückzuführen sind. All jene Patient*innen, die durch ein Defizit des sozialen und seelischen Wohlbefindens körperliche Symptome aufweisen und deshalb eine PVE aufsuchen, sind Patient*innen, die ohne eine implementierte Soziale Arbeit nicht ganzheitlich versorgt werden können.

Zusammenfassend lässt sich beobachten, dass die angeführten Gründe, die gegen eine Implementierung der Sozialen Arbeit sprechen, ausschließlich mit der finanziellen Orientierung der jeweiligen PVEs zusammenhängen. Betrachtet man die Tatsache, dass es keinen fachlich relevanten Grund zu einer Nicht-Implementierung der Sozialen Arbeit gibt, so lässt sich die Vermutung aufstellen, dass jene gründende Ärzt*innen entweder im Zuge einer Gewinnorientierung eine mangelhafte Versorgung der Patient*innen in Kauf nehmen oder über die Kompetenzen und Expertisen der Sozialen Arbeit nicht Bescheid wissen und wiederum aus Kostengründen diese Profession nicht implementiert wird. Beide Vermutungen, die sich im Zuge der Forschung entwickelt haben, decken sich diesbezüglich mit meinen Vorannahmen. Der Umstand, dass manche Ärzt*innen Gewinnorientierung über die Bedürfnisse der Patient*innen stellen, steht im Widerspruch zu den Zielen und Intentionen der Primärversorgung. Um zuvor beschriebenen Vermutungen mehr Aussagekraft zu verleihen, muss an den Auswirkungen der Finanzierungsmodelle im Versorgungskonzept der Primärversorgung auf die Zusammenstellung des erweiterten Teams geforscht werden.

7.3.2 Gründe für die Einbindung der Sozialen Arbeit

In den folgenden zwei Unterkapiteln werden die zentralen Gründe für eine Implementierung der Sozialen Arbeit im Versorgungskonzept der Primärversorgung angeführt. Hier wird ausschließlich auf die Gründe für das beforschte PVZ Bezug genommen. Ein Überblick über die Aufgaben der Sozialen Arbeit in PVEs wurde bereits zuvor gegeben, folgend werden die fachlich relevanten Gründe für die Implementierung der Sozialen Arbeit beleuchtet. Dazu wird die Soziale Arbeit anhand ihrer Aufgaben als niederschwellige/er Ansprechpartner*in und als ausgleichende und vernetzende Profession untersucht.

7.3.2.1 Soziale Arbeit als niederschwellige/er Ansprechpartner*in

Die Soziale Arbeit kann in PVEs als niederschwellige/er Ansprechpartner*in fungieren. Der Aufgabenbereich erstreckt sich dabei über ein breites Spektrum an Tätigkeiten. Hier ist ein großer Unterschied zu den anderen Professionen in PVEs erkennbar. Die Professionen neben der Sozialen Arbeit haben ein sehr eng strukturiertes Aufgabenfeld. Beispielsweise behandelt ein/eine Diätolog*in vereinfacht gesagt Symptome und Erkrankungen, die mit Ernährung und Stoffwechsel in Verbindung stehen. Ursachen und Umstände, die durch das Aufgabenspektrum nicht abgedeckt werden, werden nicht bearbeitet.

Da die Soziale Arbeit praktisch unzählige verschiedene Aufgabenbereiche hat, sei es Sucht, Arbeitslosigkeit, Gewalt, sozialer Rückzug uvm. wird sie automatisch zum/zur Ansprechpartner*in für viele Patient*innen. Wie im Zuge dieser Forschungsarbeit bereits behandelt, haben soziale Notlagen in vielen Fällen medizinisch beobachtbare Auswirkungen auf den Körper. Um jene Auswirkungen effektiv zu behandeln muss gleichzeitig eine Bearbeitung der Ursachen, die auf ein Defizit des sozialen bzw. seelischen Wohlbefindens zurückzuführen sind, stattfinden. Das ist die Aufgabe der Sozialen Arbeit in PVEs.

Weiters wurde beobachtet, dass vorrangig der/die Arzt/Ärztin von Patient*innen als niederschwellige/er Ansprechpartner*in für medizinische- und nicht-medizinische Angelegenheiten wahrgenommen wird. Bereits zuvor wurde beschrieben, dass Ärzt*innen in PVEs nur sehr begrenzte zeitliche Ressourcen für vor allem nicht-medizinische Thematiken zur Verfügung haben. Hier wird der Sozialen Arbeit eine Ausnahmestellung gegenüber den anderen Professionen zugetragen, denn durch Expertisen und Kompetenzen in Gesprächsführung und sozialer Diagnostik wird die Soziale Arbeit als idealer niederschwellige/er Ansprechpartner*in für nicht-medizinische Angelegenheiten wahrgenommen. Dadurch können sowohl der/die Arzt/Ärztin, als auch das restliche Team entlastet werden und somit effizienter und fachspezifischer Arbeiten.

7.3.2.2 Soziale Arbeit als vernetzende und ausgleichende Profession

Wie bereits erläutert, bearbeitet die Soziale Arbeit in PVEs ein breites Spektrum an Themen. Nicht für jeden Umstand oder jede Notlage ist die erforderliche Profession im PVE implementiert bzw. haben die Professionen (inkl. Sozialer Arbeit) die zeitlichen und fachlichen Ressourcen für eine passende Behandlung/Beratung. Hier wirkt die Soziale Arbeit als Vernetzungspartner*in zwischen der PVE und ihrem Umfeld. Um die vernetzende Funktion der Sozialen Arbeit vorstellbar zu machen, wird folgend ein fiktives und versimpeltes Beispiel angeführt:

Ein Patient sucht die PVE auf und klagt über Müdigkeit und Konzentrationsschwäche. In der Anamnese durch die Ärztin wird durch erhöhten Alkoholkonsum eine Leberzirrhose diagnostiziert. Die Ärztin entscheidet, den Sozialarbeiter in den Fall zu involvieren. Nachdem der Sozialarbeiter eine soziale Anamnese durchgeführt hat, stellt sich eine depressive Verstimmung gepaart mit erhöhtem Alkoholkonsum heraus. Die Frau des Patienten verunglückte vor drei Jahren bei einem Autounfall. Seitdem kämpft der Patient mit immer wiederkehrenden depressiven Episoden. Unmittelbar nach dem Verlust der Frau begann der Klient vermehrt Alkohol zu konsumieren. Der Sozialarbeiter spricht sich für eine Anbindung zum in unmittelbarer Nähe befindlichen Psychosozialen Dienst mit integrierter Suchthilfe aus. Zum einen sind die zeitlichen, als auch fachspezifischen Ressourcen zur Behandlung einer Suchterkrankung und eventueller psychischer Krankheit nicht vorhanden.

Was lässt sich an diesem Beispiel erkennen? Zu allererst liegt die Ursache der Krankheit (Leberzirrhose) im erhöhten Alkoholkonsum. Der erhöhte Alkoholkonsum begründet sich durch eine soziale Notlage (Verlust der Frau). Das bedeutet, dass ohne das Mitwirken der Sozialen Arbeit zwar die Symptome der Leberzirrhose gelindert werden können, die Ursachen der Krankheit bleiben jedoch unbehandelt. Erst durch das Wirken der Sozialen Arbeit wird dem/der Patient*in eine passende und ganzheitliche Versorgung ermöglicht. Weiters lässt sich erkennen, dass im Gegensatz zu den meisten anderen Professionen im erweiterten Team die Soziale Arbeit auch über die Grenzen der PVE hinaus arbeitet. Durch Vernetzung und Verweisung zu passenden Einrichtungen außerhalb der PVE wird die ganzheitliche Versorgung der Patient*innen sichergestellt. Damit wird gewährleistet, dass Patient*innen – wenn sie schon nicht durch die PVE direkt versorgt werden können – keine komplizierten und langen Wege zurücklegen müssen.

Die Soziale Arbeit in PVEs kann auch als ausgleichende Profession tätig sein. So können Professionist*innen der Sozialen Arbeit Aufgaben übernehmen, die durch die Überlastung anderer sozialer Hilfs- und Versorgungssysteme nicht erledigt werden können. Die Soziale Arbeit wirkt auch ausgleichend, in dem sie Aufgaben übernimmt, die durch einen Mangel an Professionist*innen außerhalb der PVE entsteht. Auch in dem beforschten PVZ arbeitet die Soziale Arbeit als ausgleichende Profession. Als Beispiel wurde hier die Zusammenarbeit mit dem in der Region ansässigen Gericht und der Sozialen Arbeit im PVZ beobachtet. Durch einen Mangel an Einrichtungen, die Erwachsenenvertretung anbieten und einem damit verbundenen Anstieg des Bedarfs an gerichtlich angeordneter Erwachsenenvertretungen entstand eine Kooperation zwischen Gericht und der Sozialen Arbeit im PVZ.

Durch die Kooperation sollen mit und durch die Soziale Arbeit Erwachsenenvertretungen übernommen bzw. gefunden werden. Hier gleicht die Soziale Arbeit einen Mangel in der Region aus. Das beforschte PVZ schildert die Soziale Arbeit als ausgleichende Profession folgendermaßen:

„[...] wir haben jetzt externe Anfragen nur für die Sozialarbeit gehabt, weil anscheinend andere Strukturen überlastet sind, da ist der, mit großer Ausnahme, Erstkontakt zur Sozialarbeit. [...]. Aber es ergibt sich jetzt gerade, dass andere soziale Strukturen ein bisschen überfüllt sind, wo dann Anfragen kommen, ob unsere Sozialarbeit das übernehmen kann. [...] Wo wir sehr, sehr viele Anfragen von außen haben, das hat sich da eben gesetzlich gerade entwickelt, ist die Erwachsenenvertretung. [...] Da haben wir eine enge Partnerschaft anscheinend irgendwie gewonnen mit dem Gericht in -anonymisiert-, die alle Patienten, die einen Arzt haben, der es nicht macht, es gibt genug Ärzte, die Erwachsenenvertretung nicht machen, die kommen alle zu uns. Die schickt quasi das Gericht zu uns.“ (vgl. T1 2020: 4)

7.4 Starre Strukturen der Einzelordinationen im Vergleich zur Primärversorgung

Während des Forschungsprozess entwickelten sich zwei unterschiedliche Philosophien, wie Patient*innen durch das Gesundheitssystem versorgt werden können. Zum einen das Versorgungskonzept der Primärversorgung mit seiner ganzheitlichen und multiprofessionellen Identität und zum anderen die sehr spezifisch und starr agierenden Einzelordinationen.

Im beforschten PVZ ließ sich eine große Ablehnung gegenüber dem Konzept der Einzelordinationen erkennen. Dabei wurde ein Zusammenhang zwischen der Definition von Gesundheit und einem starren und unreflektierten Festhalten an den Einzelordinationen deutlich. Bereits in dem vorherigen Kapitel wurde deutlich gemacht, dass zum Gewährleisten einer ganzheitlichen Versorgung Multiprofessionalität unumgänglich ist. Je kürzer die Wege zwischen den Angeboten sind, desto besser und effektiver können Patient*innen versorgt werden. Zwischen der Auflösung der starren Strukturen der Einzelordinationen und einer landesweiten Umsetzung des Versorgungskonzepts der Primärversorgung stehen jene Ärzt*innen, die seit langer Zeit in diesen starren Strukturen arbeiten. In den Einzelordinationen findet kein interdisziplinäres Arbeiten statt, der/die Arzt/Ärztin kann ohne ein erweitertes multiprofessionelles Team nur einen sehr kleinen und eng begrenzten Beitrag zur ganzheitlichen Gesundheit seiner/ihrer Patient*innen beitragen. Das hat zur Folge, dass Patient*innen oft lange und komplizierte Wege zurücklegen müssen, um das bedürfnisgerechte und passende Angebot wahrnehmen zu können.

Warum hält sich das Konzept der Einzelordinationen so hartnäckig im Gesundheitssystem? Dafür wurden im Laufe der Forschung zwei Gründe herausgearbeitet. Zum einen die fehlende Netzwerkorientierung im Medizinstudium und zum anderen an den Strukturen und Arbeitsweisen in Krankenhäusern. Die fehlende Netzwerkorientierung und Multiprofessionalität im Medizinstudium wird im nächsten Unterkapitel behandelt.

7.5 Das Medizinstudium und die Auswirkungen auf Multiprofessionalität

Laut Aussagen des untersuchten PVZ lässt sich das fehlende Netzwerkdenken bzw. die fehlende Netzwerkorientierung bereits in der Ausbildung zum/zur Arzt/Ärztin verorten. Netzwerkorientierte und multiprofessionelle Arbeit ist kein Teil des Studiums. Auch im Zuge des Turnus wird den angehenden Ärzt*innen kein netzwerkorientiertes Arbeiten vorgelebt bzw. vermittelt. Ganz im Gegenteil, den Ärzt*innen in Ausbildung wird vermittelt, dass alles, was vor und nach der Behandlung durch den/die Arzt/Ärztin passiert, nicht Teil der Arbeit eines/einer Arzt/Ärztin ist. Als Beispiel wurde hier das Entlassungsmanagement in Krankenhäusern angeführt. So wissen die wenigstens Ärzt*innen in Ausbildung, dass es Entlassungsmanagement gibt, was dort passiert und wer diese Aufgaben übernimmt. Auch bereits berufstätige Ärzt*Innen wissen über Angebote wie das Entlassungsmanagement in manchen Fällen nicht Bescheid.

Im Zuge der Datenerhebung wurde dazu folgende Aussage getätigt:

„Dieses Netzwerkdenken wird dir spätestens im Krankenhaus abgestellt. Da hast du deine eigene Haut zu retten und du hast deine 24 Stunden zu überleben und danach gehst du heim. Nach dir die Sintflut. Und du kriegst von den Strukturen nicht mal was mit, dass du sagst, da gibt es jetzt ein Entlassungsmanagement.“ (T1 2020: 6)

Anhand von diesem realen Beispiel aus der Praxis lässt sich deutlich erkennen, dass der Ablauf und die Lehrinhalte des Studiums zum/zur Allgemeinmediziner*in bzw. Fachmediziner*in keinen Beitrag zur Förderung des netzwerkorientierten und multiprofessionellen Arbeitens in der Gesundheitsversorgung leisten. Es lässt sich sogar die Vermutung aufstellen, dass durch die gegebenen Strukturen im Turnus eine Förderung der Multiprofessionalität negativ beeinflusst wird.

8 Resümee und Forschungsausblick

Im folgenden Kapitel werden die erbrachten Forschungsergebnisse zusammengefasst dargestellt. Anschließend wird ein Forschungsausblick gegeben. In jenem sollen die im Zuge der Forschung noch unzureichend erforschten Gebiete angeführt und beschrieben werden. Abschließend werden die Erkenntnisse der Forschungsergebnisse in Verbindung mit der Profession der Sozialen Arbeit gebracht.

8.1 Zusammenfassende Darstellung der Forschungsergebnisse

Die Hauptforschungsfrage dieser Forschungsarbeit lautet: „Warum werden Sozialarbeiter*innen in Primärversorgungseinrichtungen eingesetzt beziehungsweise nicht eingesetzt?“. Warum sie eingesetzt werden ist vorrangig auf ihren Beitrag zu einer ganzheitlichen und bedürfnisorientierten Versorgung der Patient*innen zurückzuführen. Laut

WHO definiert sich Gesundheit als Zusammenspiel von körperlichem, seelischem und sozialem Wohlbefinden. Vor allem das soziale Wohlbefinden kann ausschließlich von der Sozialen Arbeit mit fachlicher Expertise und Kompetenz stabilisiert und erhöht werden. Die Gründe, warum die Soziale Arbeit bewusst nicht in PVEs implementiert wird, hängen nicht mit dem Beitrag zur Versorgung der Patient*innen zusammen, sondern ausschließlich mit der finanziellen Orientierung von PVEs und dem fehlenden Verständnis der Potenziale von multiprofessionellem Arbeiten. Im Zuge der Forschung wurde unmissverständlich erkannt, dass ohne eine implementierte Soziale Arbeit keine ganzheitliche Versorgung sichergestellt werden kann. Es zeigte sich, dass soziale Notlagen und ein Defizit des sozialen Wohlbefindens Einfluss auf die körperliche Gesundheit der Patient*innen haben.

Da die Soziale Arbeit als einzige Profession die notwendigen fachlichen Kompetenzen hat, um soziale Notlagen effektiv zu bearbeiten, muss sie in PVEs, bei denen das Wohl der Patient*innen die oberste Priorität hat, implementiert werden. PVEs, die sich bewusst gegen eine Implementierung der Sozialen Arbeit entscheiden, nehmen somit ein Versorgungsdefizit der Patient*innen in Kauf.

Die Soziale Arbeit kann ihren Beitrag zur Versorgung als niederschwellige/er Ansprechpartner*in, als ausgleichende und als vernetzende Profession leisten. Als niederschwellige/er Ansprechpartner*in fungiert die Soziale Arbeit als Anlaufstelle für unzählige unterschiedliche und individuelle soziale Anliegen und Notlagen, die für Patient*innen Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit haben. Als ausgleichende Profession übernimmt die Soziale Arbeit Aufgaben, die in der jeweiligen Region nicht adäquat bewältigbar sind. Als vernetzende Profession hat die Soziale Arbeit das know-how und die Kompetenzen Patient*innen in spezialisierte Einrichtungen zu verweisen und den Kontakt zu initiieren.

Der Grund, warum in manchen PVEs keine Soziale Arbeit implementiert ist, kann auf ein fehlendes Netzwerkdenken zurückgeführt werden. Betrachtet man die Strukturen der Ausbildung zum/zur Mediziner*in, dann lässt sich erkennen, dass massive Defizite an der Förderung von Netzwerkorientierung und Multiprofessionalität zu beobachten sind. Diese Umstände setzen sich in Krankenhäusern und Einzelordinationen fort. Damit verbunden kann eine mangelhafte Versorgung für Patient*innen entstehen, da sie oftmals lange und komplizierte Wege zurücklegen müssen, um das Angebot wahrnehmen zu können, welches der Behandlung ihrer Bedürfnisse entspricht.

Abschließend wird auf die im Kapitel 5.2 beschriebenen Vorannahmen bezüglich der Gründe für bzw. gegen den Einsatz von Sozialer Arbeit im Versorgungskonzept der Primärversorgung eingegangen. Die zu Beginn aufgestellten Vorannahmen, dass die Definition von Gesundheit und das damit verbundene Verständnis vom Benefit der Sozialen Arbeit für eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung Einfluss auf die Entscheidung hat, ob Sozialarbeiter*innen eingesetzt werden wurde bestätigt. Ärzt*innen, die den Benefit der Sozialen Arbeit erkennen werden diese auch implementieren. Ärzt*innen, die den Benefit nicht erkennen, werden die Soziale Arbeit höchstwahrscheinlich nicht implementieren. Die Vorannahme, dass die Soziale Arbeit in der Hierarchie der PVEs den anderen Professionen untergeordnet ist, wurde nicht bestätigt. Durch die flache Hierarchiestruktur im beforschten PVZ waren alle Professionen gleichgestellt.

Die Vorannahmen, die sich mit der fachlichen Rechtfertigung des Einsatzes von Sozialer Arbeit in PVEs befasst haben konnten, eindeutig beantwortet werden. Es gibt fachlich gerechtfertigte Gründe, warum die Soziale Arbeit in Einrichtungen der Primärversorgung etabliert werden sollte. Des Weiteren gibt es keine fachliche Rechtfertigung, keine Soziale Arbeit zu implementieren. Die letzte Annahme, dass Ärzt*innen nicht über Arbeitsabläufe und Wirkungsweisen der Sozialen Arbeit auf die Gesundheit der Patient*innen Bescheid wissen, wird eindeutig bestätigt. Vor allem in Anbetracht der fehlenden Netzwerkorientierung und Multiprofessionalität in der Ausbildung, den Krankenhäusern und Einzelordinationen wird das fehlende Verständnis von Sozialer Arbeit deutlich.

8.2 Forschungsausblick

Im Zug der Forschung stellte sich heraus, dass etliche Prozesse, Wirkungsweisen und Hypothesen noch nicht erforscht und analysiert wurden. Auch in dieser Forschungsarbeit wurden Themen angeschnitten, die zur Validation weitere Forschung benötigen. So beispielsweise die kategorische Ablehnung von Bewerbungen von Gemeinden, die PVEs gründen möchten. In Verbindung dazu müssen die Prozesse der Entscheidungsfindung und Entscheidungskriterien der Krankenkassen bezüglich wo und von wem PVEs gegründet werden, beleuchtet und analysiert werden.

Auch das Ergebnis, dass im Laufe der Ausbildung zum/zur Arzt/Ärztin die Themen Netzwerkorientierung und Multiprofessionalität nicht ausreichend behandelt werden, muss genauer untersucht werden. Hier können Unterschiede zwischen Jahrgängen, Fakultäten, Professor*innen und Studienrichtungen auftreten. Um ein Defizit der Netzwerkorientierung und Multiprofessionalität in der Ausbildung nachweisen zu können, muss spezifisch an den Universitäten und Fakultäten für Medizin geforscht werden.

8.3 Erkenntnis und Bedeutung für die Soziale Arbeit

Was bedeuten die Forschungserkenntnisse nun für die Soziale Arbeit? Es zeigt sich, dass Professionist*innen in PVEs einen unermesslichen Wert für die Beratung, Betreuung und Behandlung von Patient*innen haben. Betrachtet man die bis jetzt umgesetzten Primärversorgungsprojekte, so spiegelt sich jener Wert der Sozialen Arbeit wider. PVEs ohne Soziale Arbeit sind gegenüber der PVEs mit implementierter Sozialer Arbeit in der Unterzahl. Sozialarbeiter*innen müssen sich ihrer Kompetenzen und Expertisen bewusst sein und können mit großem Selbstvertrauen in jedem Teammeeting, bei jeder Bewerbung oder bei jedem fachlichen Austausch ihren Beitrag zur ganzheitlichen Versorgung von Patient*innen einbringen. Dass es noch immer Allgemeinmediziner*innen gibt, die keine Soziale Arbeit in PVEs einsetzen, lässt sich nicht auf einen womöglich nicht ersichtlichen Beitrag der Sozialen Arbeit zurückzuführen. Es lässt sich auf ein fehlendes Verständnis der Potenziale von Multiprofessionalität zurückführen. Jenes fehlende Verständnis von Multiprofessionalität hat nicht nur Auswirkungen auf die Implementierung der Sozialen Arbeit, alle anderen Professionen leiden unter den Versäumnissen, die unter anderem auch auf das Studium der Medizin zurückzuführen sind.

Ob die Soziale Arbeit als Profession dazu beitragen kann, dass Netzwerkorientierung und Multiprofessionalität mehr Raum in der Ausbildung von Mediziner*innen eingeräumt wird, ist fraglich. Diese Profession kann aber definitiv in jeder Debatte bezüglich der Gesundheitsversorgung in Österreich einen wertvollen Beitrag leisten und sollte diesen immer wieder zum Ausdruck bringen. Das Konzept und die Umsetzung der Primärversorgung mit ihrer ganzheitlichen und multiprofessionellen Struktur leistet bereits einen enormen Beitrag zur Förderung einer flächendeckenden und bedürfnisorientierten Versorgung der Patient*innen.

Die Hindernisse, die der Implementierung der Sozialen Arbeit im Versorgungskonzept der Primärversorgung im Weg stehen, sind zum einen in dem Finanzierungsmodell der PVEs verortet. Zum anderen führt das fehlende Verständnis von netzwerkorientiertem und multiprofessionellem Arbeiten mancher Mediziner*innen zu einem Versorgungsdefizit der Patient*innen. Beides sind Themen, die sowohl sozial- als auch gesundheitspolitisch diskutiert werden sollten. Hier liegt es an den Kollegen und Kolleginnen der Sozialen Arbeit, die auf politischen Ebenen agieren bzw. politisch aktiv sind, Multiprofessionalität zu fördern.

Literatur

Arlt, Ise (2010): Wege zu einer Fürsorgewissenschaft. In: Mais, Maria, Hrsg. Wege zu einer Fürsorgewissenschaft. Wien: LIT Verlag GmbH & Co. KG, S. 11-115.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (Sozialministerium) (2017): 15a-Vereinbarung zur Organisation und Finanzierung im Gesundheitswesen.

<https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=LrVbg&Gesetzesnummer=20001137> [Zugriff: 14.04.2020]

Evidenzbasierte Wirtschaftliche Gesundheitsversorgung (EWG) (2017): Neue Primärversorgung. In: Österreichisches Forum Primärversorgung. Bibliothek.

https://primaerversorgung.org/wp-content/uploads/2020/01/2017_Factsheet_Primaerversorgung.pdf [Zugriff 16.04.2020]

Gläser, Jochen / Laudel, Grit (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 3. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Strauss, Anselm / Corbin, Juliet (1996): Grounded Theory. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Beltz Psychologie Verlag Union.

World Health Organization (1978): Internationale Konferenz über primäre Gesundheitsversorgung. Alma Ata: World Health Organization.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf [Zugriff: 03.04.2020]

World Health Organization (2006): Constitution of the World Health Organization.

https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf [Zugriff 10.04.2020]

Österreichisches Forum Primärversorgung (2019): Versorgungskarte.

<https://primaerversorgung.org/versorgungskarte/> [Zugriff: 01.04.2020]

Österreichisches Forum Primärversorgung (2020): Fragen und Antworten.

<https://primaerversorgung.org/fragen-und-antworten/> [Zugriff: 01.04.2020]

Österreichische Sozialversicherung (o.A.): ÄrztInnen & andere GesundheitsexpertInnen. Wissenswertes über das Konzept PVE.

<https://www.sv-primaerversorgung.at/cdscontent/?contentid=10007.796754&portal=esvportal>

Daten

Interview 1, geführt von David Detmers mit einem gründenden Arzt (PVZ) am 11.03.2020. Aufgezeichnet als Audiodatei.

Transkript 1 basierend auf I1, erstellt von David Detmers am 28.03.2020. Zeilen durchgehend nummeriert.

Abkürzungen

Anm.	Anmerkung
Art.	Artikel
B-VG	Bundes - Verfassungsgesetz
bzw.	beziehungsweise
ebd.	ebenda
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
inkl.	inklusive
min.	mindestens
o.A.	ohne Angabe
PVE	Primärversorgungseinheit
PVN	Primärversorgungsnetzwerk
PVZ	Primärversorgungszentrum
uvm.	und viele mehr
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization
Zit. In.	zitiert in
z.B.	zum Beispiel

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **David Detmers**, geboren am **06.04.1995** in **Wien**, erkläre:

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

Neusiedl an der Zaya, am 28.04.2020

Unterschrift

