

Sozialarbeiterische Dokumentation aus dem Blickwinkel der Allgemeinmediziner*innen in ausgewählten PVZ

Cornelia Grünwald, 1810406325

Bachelorarbeit 2

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

Datum: 10.05.2021

Version: 1

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

Abstract

In dieser Bachelorarbeit wird erforscht, welcher Nutzen sich für Allgemeinmediziner*innen aus der Dokumentation der Sozialen Arbeit ergibt. Zu diesem Zweck wurden drei Leitfadeninterviews mit Allgemeinmediziner*innen durchgeführt (vgl. Flick 2019: 113ff), die in einem Team mit Sozialarbeiter*innen zusammenarbeiten. Die Auswertung erfolgte mittels der Methode des Offenen Kodierens (vgl. Strauss/Corbin 1999). Die Ergebnisse zeigen, dass die sozialarbeiterische Dokumentation in der Primärversorgung zu einer ganzheitlichen Betrachtung der Bedürfnisse und Situationen der Patient*innen beitragen kann und das Gesamtkonzept der Behandlung optimal abgestimmt werden kann. Die multiprofessionelle Dokumentation dient vor allem dem Informationsfluss im Team, die mündliche Kommunikation und der Austausch sind wichtige Mittel, die in der täglichen Arbeit oft im Vordergrund stehen.

This bachelor thesis explores the benefits for general medical practitioners from the documentation of social work. For this purpose, three guideline interviews were carried out with general practitioners (cf. Flick 2019: 113ff) who work together in a team with social workers. The evaluation was done using the open coding method (cf. Strauss/Corbin 1999). The results show that the social work documentation in primary care can contribute to a holistic view of the needs and situations of the patients and that the overall concept of treatment can be coordinated in a more holistic way. The multi-professional documentation primarily serves the flow of information in the team and oral communication and exchange is an important means that is often in the foreground in daily work.

Inhalt

1	Einleitung.....	5
2	Themeninteresse und Vorannahmen	5
2.1	Themeninteresse	5
2.2	Vorannahmen	7
3	Forschungskontext	8
3.1	Forschungsrelevante Begrifflichkeiten und Definitionen	8
3.1.1	Primärversorgung	9
3.1.2	Soziale Arbeit in der Primärversorgung.....	10
3.1.3	Kernkompetenzen der Allgemeinmedizin	11
3.1.4	Multiprofessionelle/Interdisziplinäre Dokumentation	12
3.2	Fragestellung.....	12
4	Forschungsdesign/Methode	13
4.1	Erhebungsmethode	13
4.1.1	Interviewpartner*innen.....	13
4.1.2	Datenpool	14
4.1.3	Sondersituation durch die COVID-19 - Pandemie.....	14
4.2	Auswertungsmethode.....	14
5	Forschungsergebnisse	15
5.1	Rahmenbedingungen in den PVE	15
5.1.1	Zuweisungen zur Sozialen Arbeit.....	16
5.2	Die multiprofessionelle Dokumentation im PVZ	16
5.2.1	Vorteile der multiprofessionellen Dokumentation	18
5.2.2	Vorbereitung auf den Patienten/ die Patientin	19
5.2.3	Herausforderungen.....	19
5.3	Die Dokumentation der Sozialen Arbeit in den PVZ.....	20
5.3.1	Der Mehrwert für die Allgemeinmediziner*innen	21
5.3.2	Struktur der Dokumentation.....	22
5.3.3	Mündliche Kommunikation als wichtiges Mittel	23
5.3.4	Überlegungen für das (un)sichtbare Dokumentieren in der multiprofessionellen Dokumentation	24
5.4	Allgemeine Verbesserungsvorschläge	25
6	Resümee und Ausblick	26
	Literatur	29
	Daten	31
	Abkürzungen	32

Abbildungen	32
Anhang.....	33
Interviewleitfaden Allgemeinmediziner*innen	33
Auszug des Transkripts T4 – Interview mit einem Allgemeinmediziner	34
Auswertungsbeispiel aus dem Transkript 4	35
Eidesstattliche Erklärung	36

1 Einleitung

In den letzten Jahren wurde an der Fachhochschule St. Pölten im Rahmen unterschiedlicher Bachelor-Forschungsprojekte im Bereich Primärversorgung in Österreich geforscht. Hierbei lag der Fokus vor allem auf sozialarbeiterischen Handlungskonzepten, konkreten Praxisansätzen und -methoden, sowie der Einbindung der Sozialen Arbeit in die Primärversorgung (vgl. FH St. Pölten 2019, FH St. Pölten 2020).

In diesem Jahr liegt das Hauptaugenmerk auf der Dokumentation und Bewertung sozialarbeiterischer Betreuungsprozesse in der Primärversorgung (vgl. FH St. Pölten o.A.). Innerhalb des Projektes vertieften sich die Studierenden in unterschiedliche Teilbereiche und entwickelten spezifische Forschungsfragen.

So entstehen elf Einzelarbeiten zu individuellen Themen und gleichzeitig ein gemeinsamer Output im Rahmen des Gesamtforschungsprojektes in Form eines Papers zu Dokumentation in der Primärversorgung.¹

Thema der vorliegenden Arbeit ist die Dokumentation der Sozialen Arbeit in Primärversorgungseinheiten (PVE) aus dem Blickwinkel der Allgemeinmediziner*innen. Es wird untersucht, welchen Nutzen sie aus der sozialarbeiterischen Dokumentation für ihre Arbeit ziehen können.

2 Themeninteresse und Vorannahmen

Zunächst wird das Themeninteresse der vorliegenden Arbeit umrissen und Vorannahmen werden dargelegt.

2.1 Themeninteresse

In Österreich gibt es immer mehr Primärversorgungseinheiten (PVE), die als Primärversorgungszentren (PVZ) bzw. Primärversorgungsnetzwerke (PVN) für die Bevölkerung als Erstanlaufstelle dienen sollen. Die Primärversorgung ist die erste Versorgungsebene des Gesundheitssystems und die erste Anlaufstelle für die gesamte Bevölkerung. Das Konzept der Primärversorgung schafft Synergien, indem unterschiedliche medizinische Leistungen unter einem Dach bzw. ohne weite Wege in Anspruch genommen werden können. Die ganzheitliche Betrachtung der Patient*innen steht im Vordergrund und es wird ein gesundheitsfördernder Ansatz vertreten (vgl. Zielsteuerungskommission 2014, Zahorka/Gierlinger 2020: 37). Außerdem bietet die Primärversorgung für junge Ärzt*innen ein attraktives Arbeitsmodell. Vorteile sind Teamarbeit und attraktivere Arbeitszeiten, die sich dadurch ergeben, dass in den Rahmenarbeitszeiten mehrere Ärzt*innen abwechselnd tätig sind.

¹ Von den Studierenden der Projektgruppe gemeinsam verfasst.

Die Soziale Arbeit spielt in der Primärversorgung eine wichtige Rolle. Sie setzt im Rahmen des biopsychosozialen Modells bei der sozialen und psychischen Gesundheit an. Dem biopsychosozialen Modell wird große Bedeutung beigemessen, da durch dieses das immer noch dominante Modell, das somatisch-kausale Ursachen und Störungen in den Vordergrund stellt, durch ein holistisch diagnostisch-therapeutisches Konzept abgelöst wird. Die Soziale Arbeit agiert präventiv und orientiert sich an Konzepten der Gesundheitsförderung, wie sie in der Ottawa-Charta (1986) formuliert sind (vgl. Redelsteiner 2019, Zahorka/Gierlinger 2020). In 15 der 24 PVE, das sind ca. 60%, befinden sich aktuell Sozialarbeiter*innen, die die Patient*innen im Gesundheitssystem unterstützen. Es ergibt sich ein deutliches Ost-West-Gefälle in der Verteilung der PVE. Im Osten sind erheblich mehrere Sozialarbeiter*innen tätig als im Westen (vgl. Zahorka/Gierlinger 2020: 39f).

Die Soziale Arbeit hat viele verschiedene Aufgaben in der Primärversorgung. Sie bietet Unterstützung in psychosozialen Assessments, z.B. bei der Entwicklung eines Perspektivenplans, bei der Beantragung von öffentlichen Unterstützungsleistungen, bei der psychosozialen Betreuung von Patient*innen in Krisensituationen, bei der Bewältigung von Belastungssituationen u.v.m. (OBDS 2017b, ÖFOP 2017).

Neben vielen Gesundheitsberufen und Therapeut*innen ist die Soziale Arbeit damit wesentlicher Bestandteil der Primärversorgung. Für eine qualitätsvolle Arbeit und für eine effiziente Kommunikation bedarf es allerdings der Dokumentation.

Die Dokumentation der Sozialen Arbeit stellt ein wichtiges Instrument dar. Sie dient der Informationssammlung und -vermittlung und ist die Grundlage für Entscheidungen und Handlungsschritte. Außerdem werden dabei Eindrücke, Beobachtungen und Erzählungen in Sprache gegossen. Sozialarbeiterisches Tun kann auf Basis der Dokumentation evaluiert und reflektiert und das fachliche Handeln durch die Dokumentation begründet werden. Eine weitere wichtige Rolle spielt die Dokumentation in der Wirklichkeitskonstruktion. Alles was niedergeschrieben wurde, ist somit Wirklichkeit (vgl. Zauner 2016). Aus diesem Blickwinkel betrachtet, kann die Dokumentation auch als mächtiges Mittel zur Wirklichkeitskonstruktion gesehen werden. Eng verknüpft ist damit die Frage danach, was Sozialarbeiter*innen dokumentieren und zu welchem Zweck.

Die Soziale Arbeit legitimiert sich durch die Dokumentation beispielsweise gegenüber Financiers oder aber auch gegenüber Klient*innen. Außerdem wird durch die Dokumentation die Soziale Arbeit als Profession legitimiert. Vor allem vor dem Hintergrund der zunehmenden Ökonomisierung, muss auch die Soziale Arbeit nachweisen, dass sie wichtig ist und warum. Folgende Fragen müssen beantwortet werden: Braucht es die Soziale Arbeit? Warum? Was unterscheidet sie von anderen Professionen? Können diese Tätigkeiten nicht auch von anderen Berufsgruppen übernommen werden? (vgl. Zauner 2016). Diese Fragen können am besten beantwortet werden, wenn die Dokumentation herangezogen und analysiert wird.

Gerade und vor allem auch in Zusammenhang mit der Primärversorgung stellen sich diese Fragen besonders intensiv. Das Feld der Primärversorgung ist in Österreich noch ein relativ junges. 2012 wurden die Weichen für den Ausbau der Primärversorgung gestellt. Bund, Länder und Sozialversicherung haben sich auf die Einrichtung einer Zielsteuerung-Gesundheit verständigt, bzw. konkrete Zielsetzungen und Maßnahmen zur Sicherstellung und

Weiterentwicklung einer niederschweligen, qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung vereinbart (vgl. Bundesministerium, Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz 2019) und in der Bundes-Zielsteuerungskommission 2014 beschlossen. Um das Kernteam von Allgemeinmediziner*innen, Pflegepersonal und Ordinationsassistent*innen sammeln sich eine Reihe von anderen Professionen, die im PVZ oder in einem PVN multiprofessionell zusammenarbeiten (vgl. Bundes-Zielsteuerungskommission 2014) (siehe Abschnitt 3.1.1.). Ob die Soziale Arbeit in der Primärversorgung mitmischen kann, wird durch ihre „Nützlichkeit“ legitimiert. Wird die Soziale Arbeit als gewinnbringend angesehen, werden das Management bzw. die „Chefs“ der Primärversorgung, also die Allgemeinmediziner*innen sich dafür entscheiden, Sozialarbeiter*innen einzustellen oder die Soziale Arbeit in ihren PVE auszubauen.

Wie die multiprofessionelle Dokumentation in der PVE dann genau aussieht, ist von Einheit zu Einheit verschieden. Die Sozialarbeiter*innen können selbst bestimmen, wie und was sie dokumentieren. Eine wichtige Einschränkung stellt aber sicherlich der Datenschutz dar. Sozialarbeiter*innen müssen auf Anonymität und Privatsphäre achten und ihre Dokumentationsweise unter diesem Blickwinkel betrachten. Außerdem soll Klarheit darüber herrschen, wer innerhalb aber auch außerhalb einer Einrichtung Zugang zu welchen Daten hat und zu welchem Zweck die Daten verwendet werden (vgl. Kreidenweis 2004: 248 zit nach. Zauner 2016). Der Datentransfer muss jedenfalls transparent mit den Klient*innen bzw. Patient*innen kommuniziert und geklärt werden (vgl. Zauner 2016).

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit, wird analysiert, wie die (multiprofessionelle) Dokumentation in ausgewählten PVE aussieht und was die von den Sozialarbeiter*innen durchgeführte Dokumentation für die Allgemeinmediziner*innen bedeutet. Exemplarisch wurden drei PVE in drei unterschiedlichen Bundesländern Österreichs ausgewählt und jeweils ein*e Allgemeinmediziner*in wurde befragt. Vor allem die Fragen, welche Bedeutung Ärzt*innen der sozialarbeiterischen Dokumentation zumessen und welchen Nutzen sie in der Dokumentation sehen, werden im Rahmen dieser Bachelorarbeit beantwortet.

2.2 Vorannahmen

Den Schwerpunkt der Arbeit bildet, wie in der Einleitung ausgeführt, die Dokumentation und Bewertung sozialarbeiterischer Betreuungsprozesse in der Primärversorgung – Mitgestaltung der Profession durch anschauliche Umsetzung“ (FH St. Pölten o.A.).

Der Rahmen innerhalb dessen diese Arbeit entsteht, fokussiert wie in der Einleitung ausgeführt, auf „Dokumentation und Bewertung sozialarbeiterischer Betreuungsprozesse in der Primärversorgung – Mitgestaltung der Profession durch anschauliche Umsetzung“ (FH St. Pölten o.A.). Überlegungen in der Projektgruppe betrafen die Wichtigkeit der Sichtbarmachung der Sozialen Arbeit im Feld bzw. die Frage, was sie in der Primärversorgung alles leisten kann. In engem Zusammenhang damit steht die Aufwertung der Profession.

Eine Vorannahme, die sich dadurch ergibt, ist, dass die Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich unterschätzt und ihr Potential noch nicht voll ausgeschöpft wird. Soziale Arbeit ist jedenfalls ein Gesundheitsberuf, da in beinahe allen Bereichen Prävention betrieben wird. Wirtschaftliche und soziale Stellung beeinflusst die Gesundheit der Menschen nachhaltig. Das Pro-Kopf Nettoeinkommen korreliert mit der durchschnittlichen Lebensdauer. Je geringer das Einkommen, desto kürzer die Lebensdauer. Auch ein unterstützendes, dichtes soziales Netzwerk ist ein wesentlicher Aspekt von Gesundheit. Sozialarbeiter*innen sind Expert*innen für Menschen, die ausgegrenzt, am meisten psychologisch oder physiologisch verletzlich bzw. gefährdet sind. Soziale Arbeit ist präventiv tätig, mit den Grundsätzen der „Open Door Policy“, der aufsuchenden und der nachgehenden Tätigkeit im Gesundheitsbereich trägt sie dazu bei, dass möglichst viele Menschen Zugang zu Hilfe bekommen. Sozialarbeiter*innen sollten daher fester Bestandteil in der Primärversorgung und in Spitälern werden (vgl. Redelsteiner 2019: 7ff).

In Bezug auf die vorliegende Forschungsfrage ergab sich die Vorannahme, dass sozialarbeiterische Prozesse in der multiprofessionellen Dokumentation von Allgemeinmediziner*innen möglicherweise nicht ausreichend berücksichtigt werden, da Prävention im Gesundheitssystem (noch) nicht überall vorherrschend ist. Vielmehr wird großteils kurative Medizin betrieben, die auf somatisch-kausale Ursachen basiert. Das Modell der Primärversorgung stellt hingegen die biopsychosoziale Gesundheit in den Mittelpunkt der Betrachtungen. Die Soziale Arbeit kann und soll das Erkennen und Adressieren von Bedürfnissen im Rahmen einer ganzheitlichen Betreuung von Behandlung wesentlich unterstützen (vgl. Zahorka/Gierlinger 2020: 38ff).

3 Forschungskontext

In diesem Kapitel werden erstens Begrifflichkeiten und Definitionen erklärt und zweitens die für diese Arbeit relevanten Forschungsfragen dargelegt.

3.1 Forschungsrelevante Begrifflichkeiten und Definitionen

In weiterer Folge werden Begriffe und Definitionen, die für diese Forschungsarbeit wichtig sind, erläutert. Besonders wichtig erscheint einerseits die Definition der Primärversorgung in Österreich und andererseits jene der Sozialen Arbeit in der Primärversorgung. Da Allgemeinmediziner*innen dazu befragt wurden, aus ihrer Sichtweise die sozialarbeiterische Dokumentation zu reflektieren, wird auch eine Definition dessen gegeben, was Allgemeinmedizin eigentlich ausmacht. Schlussendlich wird erläutert, was unter einer multiprofessionellen Dokumentation verstanden werden kann.

3.1.1 Primärversorgung

Das Österreichische Forum Primärversorgung (ÖFOP) nimmt bei der Begriffsdefinition der Primärversorgung, oder auch Primary Health Care, Bezug auf die Weltgesundheitsorganisation (WHO) - Erklärung von Alma Ata 1978 (vgl. WHO 1978):

„Die Primärversorgung ist „ein essentieller und zentraler Bestandteil jedes Gesundheitssystems. Es ist die erste Versorgungsebene, mit der Einzelpersonen, Familien und die Gemeinschaft in Kontakt mit dem Gesundheitssystem treten und stellt somit das erste Element eines kontinuierlichen Versorgungsprozesses dar. Sie umfasst gesundheitsfördernde, präventive, kurative, pflegerische, rehabilitative und palliative Maßnahmen und bringt eine multiprofessionelle und integrative Versorgung so nahe wie möglich an den Wohnort und Arbeitsplatz der Menschen. Sie fördert die Partizipation, Selbstbestimmung und Entwicklung von personellen und sozialen Fähigkeiten und ist ein gesundheitsorientiertes und intersektorales Versorgungskonzept.“ (ÖFOP 2021).

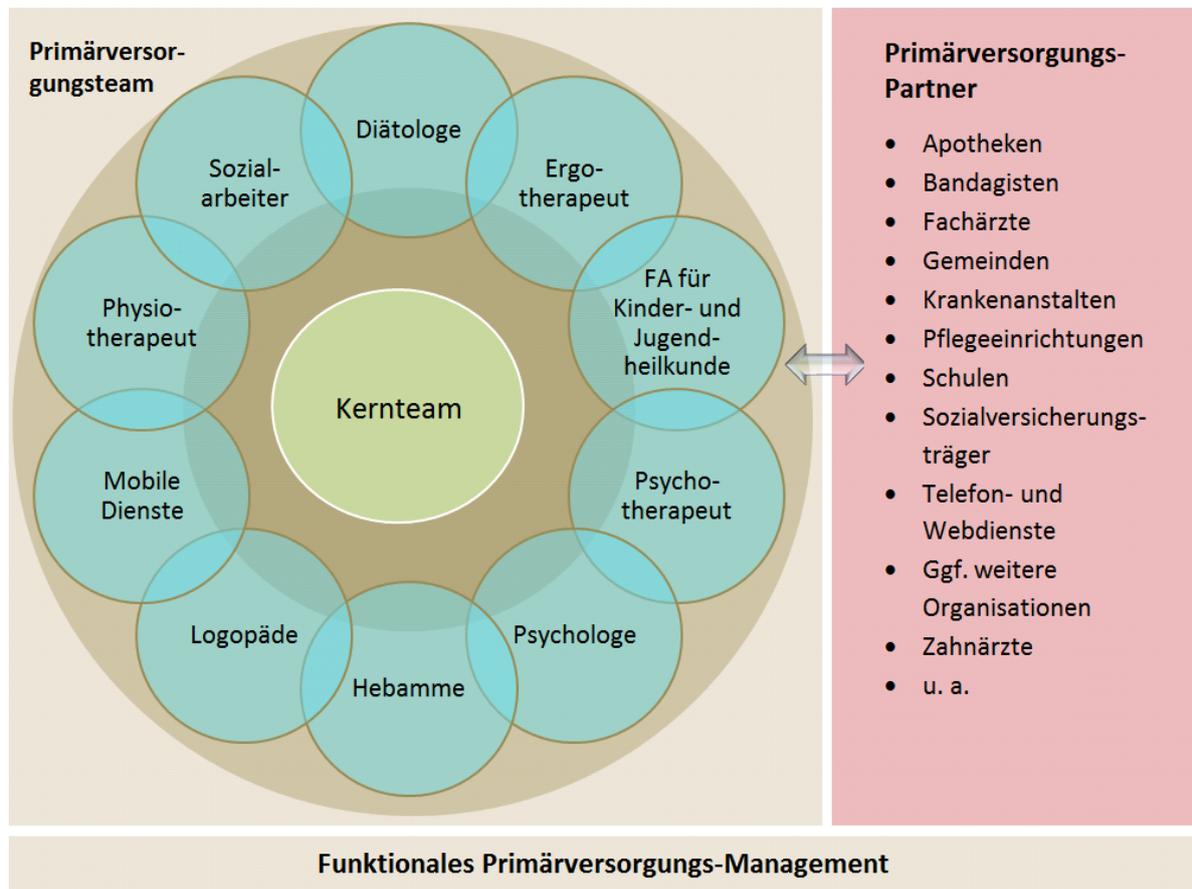
Es geht also darum, die erste Stufe einer niederschweligen, umfassenden und qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung der Bevölkerung möglichst wohnort- und zeitnah sicherzustellen. Diesem Ziel folgend entstanden seit der Gesundheitsreform 2013 die ersten Primärversorgungseinheiten (PVE). Hierzu zählen sowohl Primärversorgungszentren (PVZ), in welchen die Betreuung der Patient*innen innerhalb eines Standortes sichergestellt wird, als auch die Primärversorgungsnetzwerke (PVN), die eine Kooperation zwischen unterschiedlichen Praxen darstellen (vgl. Ventura 2020: 97).

Die Grundlage der Primärversorgungseinheiten bilden das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz (G-ZG) und das Primärversorgungsgesetz (PrimVG), welche sich mit den Eckpunkten der Definition der Primärversorgung, dem Team, den Anforderungen und dem Leistungsumfang, sowie dem Versorgungskonzept und mit weiteren organisatorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen beschäftigen (vgl. Halmich 2019: 10ff).

In der Auseinandersetzung mit dem Team innerhalb der Primärversorgung ist festzustellen, dass dieses entsprechend den regionalen Erfordernissen angepasst ist. Somit sind nicht immer alle grundsätzlich vorgesehenen Gesundheits- und Sozialberufe auch tatsächlich den einzelnen Primärversorgungseinheiten vertreten. Immer vertreten sein muss jedoch das sogenannte Kernteam, bestehend aus Allgemeinmediziner*innen, Diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und Ordinationsassistent*innen. Erweitert wird dieses Kernteam eben je nach Bedarf durch das sogenannte erweiterte Team, zu welchem neben Professionen wie Diätologie, Ergotherapie, Psychotherapie und vielen weiteren, auch die Soziale Arbeit zählt (vgl. Bundes-Zielsteuerungskommission 2014: 14f).²

² Von den Studierenden der Projektgruppe gemeinsam verfasst.

In der folgenden Grafik sind das Primärversorgungsteam und mögliche Primärversorgungspartner*innen dargestellt.



Anmerkung: Zusammensetzung des Primärversorgungsteams muss auf die regionalen Erfordernisse abgestimmt sein. Die Koordination und Kontinuität der Betreuung wird intern durch ein funktionales Primärversorgungs-Management gesichert.

Abbildung 1: Das Funktionale Primärversorgungs-Management

Quelle: Bundes-Zielsteuerungskommission (2014): 16

3.1.2 Soziale Arbeit in der Primärversorgung

„Soziale Arbeit fördert als praxisorientierte Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen, soziale Entwicklungen und den sozialen Zusammenhalt sowie die Stärkung der Autonomie und Selbstbestimmung von Menschen.“ (OBDS 2017a:2).

Mit diesen Ansprüchen gehen auch Praktiker*innen der Sozialen Arbeit innerhalb von PVE an ihren Berufsalltag heran und erarbeiten nachhaltige und ressourcenorientierte Handlungsoptionen mit Klient*innen. Als Besonderheit findet sich also nicht die praktische Tätigkeit mit Klient*innen, die sich nicht wesentlich von anderen Tätigkeitsfeldern Sozialer

Arbeit unterscheidet, sondern die Einbettung der Sozialen Arbeit in ein multiprofessionelles Team und ein spezifisches Gesundheitssetting. In ihren Informationsunterlagen detailliert der Österreichische Berufsverband der Sozialen Arbeit (OBDS) die Soziale Arbeit innerhalb der Primärversorgung in folgenden vier Punkten:

- Spezifische Qualitäten und Leistungen: insbesondere die Unterstützung bei einem umfassenden psychosozialen Assessment durch unterschiedliche Tätigkeiten, wie Beratung, Begleitung bei Außenterminen oder Hausbesuche (vgl. OBDS 2017b:2).
- Methodisches Vorgehen: Unter anderem finden sich hier die fokussierte Kurzberatung, Krisenintervention oder eine umfassende psychosoziale Problem- und Ressourcenanalyse (ebd.:3).
- Ethische Standards: Sozialarbeiter*innen arbeiten nach den vom OBDS festgelegten Berufspflichten – wie die Verpflichtung zur Wahrung der Menschenrechte oder der Transparenz im Betreuungsprozess, um nur zwei Beispiele zu nennen (ebd.:4).
- Finanzierung und Bezahlung: In diesem Bereich gibt es besondere Anschubfinanzierungen für Soziale Arbeit von Bund, Ländern oder von der Österreichischen Gesundheitskasse (ebd.:4).³

3.1.3 Kernkompetenzen der Allgemeinmedizin

Die europäische Definition der Allgemeinmedizin (WONCA Europe/ÖGAM 2002) beschreibt die spezifischen Merkmale und Zuständigkeiten der Allgemeinmedizin. Die Allgemeinmedizin ist im Normalfall der erste medizinische Kontaktpunkt im Gesundheitswesen. Der Zugang ist für alle Nutzer*innen und für alle Gesundheitsprobleme offen und nicht begrenzt. Alter, Geschlecht oder andere Merkmale spielen dabei keine Rolle.

Die Ressourcen des Gesundheitssystems werden effizient genutzt, indem die Betreuung und die Zusammenarbeit mit Vertreter*innen anderer Professionen koordiniert wird. Wenn notwendig, werden die Interessen der Patient*innen vor den anderen Berufsgruppen vertreten. Die Allgemeinmedizin arbeitet mit einem Ansatz, der sich personenbezogen auf das Individuum und deren Lebensumfeld fokussiert. Der Konsultationsprozess, der von effektiver Kommunikation zwischen Ärzten bzw. Ärztinnen und Patienten bzw. Patientinnen gekennzeichnet ist, soll bzw. kann eine Langzeitbeziehung ermöglichen, in der die Bedürfnisse der Patienten und Patientinnen im Mittelpunkt stehen.

Die*der Allgemeinmediziner*in befasst sich mit akuten und chronischen Gesundheitsproblemen der Patient*innen und trägt dadurch auch eine Verantwortung für die Gesundheit der Allgemeinheit. Die Allgemeinmedizin „[...] beschäftigt sich mit Gesundheitsproblemen in ihrer psychischen, psychologischen, sozialen, kulturellen und existentiellen Dimensionen“ (WONCA Europe/ÖGAM 2002: 8).

Die Kernkompetenzen der Allgemeinmedizin sind, wie sie in der europäischen Definition der Allgemeinmedizin formuliert wurden (WONCA Europe/ÖGAM 2002), folgende:

- „Erfüllung der Grundversorgungsaufgaben,

³ Von den Studierenden der Projektgruppe gemeinsam verfasst.

- personenbezogene Betreuung,
- spezifische Problemlösungsfertigkeiten,
- umfassender Ansatz,
- Gemeinschaftsorientierung,
- ganzheitliche Betreuung.“ (vgl. WONCA Europe/ÖGAM 2002: 9).

Soziale Arbeit und Allgemeinmedizin unterstützen sich gegenseitig, wenn es um einen umfassenden Ansatz geht. Beiden Berufen sind die Ganzheitlichkeit und die Gemeinschaftsorientierung wichtig. Außerdem stehen die Bedürfnisse des Menschen und dessen Lebensumfeld im Mittelpunkt der Auseinandersetzungen.

3.1.4 Multiprofessionelle/Interdisziplinäre Dokumentation

Unter multiprofessioneller Dokumentation wird ein Dokumentationssystem verstanden, in das Angehörige der unterschiedlichen Berufsgruppen bzw. Professionen ihre Dokumentationen eintragen und diese lesen können. Somit wird die Dokumentation von den unterschiedlichen Berufsgruppen in den untersuchten PVE multiprofessionell geführt. Sie ist aber auch interdisziplinär, wie folgend ausgeführt wird.

Ein multiprofessionelles Team addiert und ergänzt die jeweils unterschiedlichen Fähigkeiten der verschiedenen Berufe. Durch diese Vorgehensweise wird ein Mehrwert gewonnen. Wird multiprofessionell zusammengearbeitet, entstehen Kontakte zwischen den Professionen, allerdings wenig Interaktion. Sottas (2013: 25) bezeichnet diese Art von Zusammenarbeit typisch für Krankenhäuser. Interdisziplinär ist eine Zusammenarbeit hingegen dann, wenn unterschiedliche Professionist*innen unterschiedlicher Fachgruppen den selben Beruf ausüben. Umgelegt auf ein PVZ bezieht sich die Interdisziplinarität auf den Überbegriff der Gesundheits- und Sozialberufe. Die Kompetenzen der anderen Professionen werden miteinbezogen und genutzt (vgl. Sottas 2013: 25).

3.2 Fragestellung

Die folgende Forschungsfrage stellt den Ausgangspunkt für eine differenzierte Betrachtung der multiprofessionellen Dokumentation in einer PVE dar, bei der die Dokumentation der Sozialarbeiter*innen in den Fokus gerückt wird:

Welchen Nutzen bietet die Dokumentation von Sozialarbeiter*innen in ausgewählten Primärversorgungseinheiten für die dort arbeitenden Allgemeinmediziner*innen?

Unterfragen, die sich aufbauend auf die Forschungsfrage ergeben, sind:

- Wie gehen Allgemeinmediziner*innen mit der multiprofessionellen und insbesondere mit der sozialarbeiterischen Dokumentation um?

- Welchen Stellenwert hat die Dokumentation von Sozialarbeiter*innen im PVZ? Wie wird von Allgemeinmediziner*innen damit weitergearbeitet?
- Wie kann sichergestellt werden, dass die sozialarbeiterische Dokumentation von den Allgemeinmediziner*innen adäquat wahr- bzw. ernstgenommen wird?

4 Forschungsdesign/Methode

Im folgenden Kapitel werden die Erhebungsmethode, die Auswahl der Interviewpartner*innen, der Datenpool des Projektes und die Sondersituation durch die COVID-19 Pandemie beschrieben. Außerdem wird die Auswertungsmethode vorgestellt.

4.1 Erhebungsmethode

Im Rahmen der Bachelorarbeit wurden drei Leitfadeninterviews (vgl. Flick 2019: 113ff) mit in ausgewählten PVE tätigen Allgemeinmediziner*innen geführt. Die Wahl fiel auf leitfadengestützte Interviews, da diese durch die Verschriftlichung der bereits vorhandenen Fragen, einen strukturierten Prozess zulassen. Nach Flick (2019: 113ff) werden bei dieser Art von Interviews Fragen in Form eines Leitfadens formuliert. Durch Stellung der im Leitfaden enthaltenen Fragen sollen alle für die Forschung relevanten Daten erfasst werden. Der Leitfaden soll während des Interviews auf die interviewende Situation eine orientierende Wirkung ausüben. Trotzdem lässt der Leitfaden eine Abweichung der Reihenfolge und des Wortlautes zu. Die Möglichkeit, immanent nachzufragen und dadurch den Leitfaden abzuwandeln, ist gegeben, somit wird eine authentische Interviewsituation sichergestellt. Der individuellen Sichtweise der befragten Personen auf den Forschungsgegenstand wird durch eine flexible Abweichung des Interviewleitfadens besser Rechnung getragen. Zusätzlich ermöglicht die gewählte Form die Bildung eines dialogischen Prozesses und Austausches zwischen den befragten Personen und der*dem Interviewer*in. Obwohl ein Leitfaden das Interview strukturiert, soll es so gestaltet sein, dass die Interviewten möglichst frei antworten können. Immanentes Nachfragen vonseiten der*des Interviewenden kann genutzt werden, wenn bestimmte für die Forschung relevante Aspekte nicht oder nicht zur Genüge beantwortet wurden (vgl. Flick 2019: 113ff).

Der Leitfaden, der für die Befragung der Interviewpartner*innen verwendet wurde, ist im Anhang beigefügt.

4.1.1 Interviewpartner*innen

Die Interviews wurden mit drei Allgemeinmediziner*innen, die in unterschiedlichen PVE tätig sind, geführt. Die interviewten Personen arbeiten in den PVE in einem multiprofessionellen Team mit Sozialarbeiter*innen zusammen. Die tatsächliche Auswahl der Ärzt*innen ergab sich einerseits aus der Verfügbarkeit für die Interviews. Manche angefragten PVE hatten keine Ressourcen, um Interviews zu geben, oder meldeten sich nach Anfrage nicht zurück.

Andererseits wurde auch vermehrt in PVE angefragt, bei denen Bezug zur Projektleitung besteht, da dadurch eine einfachere Kommunikation gewährleistet wurde. Für diese Forschung ergab sich nun, dass Allgemeinmediziner*innen aus PVE aus drei verschiedenen Bundesländern, nämlich Oberösterreich, Niederösterreich und Wien befragt wurden.

4.1.2 Datenpool

In der Projektgruppe wurde ein Datenpool generiert, der sich aus den Beiträgen aller Studierenden zusammensetzt. Die gesamte Projektgruppe hatte Zugriff auf die erhobenen Daten und alle Studierenden konnten für sie relevante Ergebnisse aus dem Datenpool entnehmen. Da die Anzahl an PVE, in denen Sozialarbeiter*innen tätig sind, gering ist, wurden Interviews zu zweit bzw. zu dritt geführt. Die Ressourcen der Interviewpartner*innen konnten so geschont und Mehrfachanfragen bzw. – termine vermieden werden. Die gemeinsam geführten Interviews in der Gruppe wurden als Bereicherung erlebt, da der Forschungsprozess um mehrere Perspektiven erweitert wurde und diese sich wechselseitig konstruktiv beeinflussten. Daraus folgend konnten vielfältige Ergebnisse erzielt werden. ⁴

4.1.3 Sondersituation durch die COVID-19 - Pandemie

Wegen der Corona - Pandemie und den damit verbundenen Restriktionen wurden die Interviews per Zoom durchgeführt. Zoom ist ein Online-Tool für die Durchführung von Videokonferenzen und wird auch für alle Lehrveranstaltungen an der FH St. Pölten, die Online stattfinden, verwendet.

4.2 Auswertungsmethode

Um die in den Interviews erhobenen Daten in einer angemessenen Weise bearbeiten zu können, wurde die Auswertungsmethode „Offenes Kodieren“ nach Strauss und Corbin (1999) verwendet. Es ist eine Methode zur Analyse von qualitativ erhobenen Daten und entstammt aus der *Grounded Theory*, die in der Literatur als „Analysemethode der ständigen Vergleiche“ bezeichnet wird. Beim offenen Kodieren handelt es sich um einen Prozess, der die erhobenen Daten aufbricht, untersucht, vergleicht, konzeptualisiert und kategorisiert. Anhand von zuvor generierten Daten wird ein interessantes Phänomen untersucht und in Form von Konzepten klassifiziert. Es werden Fragen in Bezug auf das Phänomen formuliert und Vergleiche angestellt. Dadurch werden zuvor erstellte Konzepte aufgespaltet und im Detail untersucht. Dank dieser Vorgehensweise können Hypothesen aufgestellt werden, aus welchen wiederum Schlussfolgerungen abgeleitet werden können, die die Datenerhebung weiter strukturieren. Dadurch werden die zuvor aufgestellten Hypothesen erneut überarbeitet. Durch Memos bzw. Kode-Notizen werden abschließend die jeweiligen Teile interpretiert und Gedanken, die für die Erstellung des Ergebnisteiles bereits nützlich erschienen, festgehalten (vgl. Strauss/Corbin 1999: 43ff). Um die Ergebnisse möglichst strukturiert und übersichtlich darzustellen, werden

⁴ Von den Studierenden der Projektgruppe gemeinsam verfasst.

nach Ende der Auswertung Hauptkategorien erstellt, welche die Überschriften des Ergebnisteils darstellen.

Das offene Kodieren wurde für diese Arbeit als geeignet betrachtet, da durch die beschriebene Vorgehensweise ein Reflexionsprozess angeregt wurde, der zur Generierung unterschiedlicher Interpretationsmöglichkeiten beigetragen und schlussendlich zu einer mehrperspektivischen Betrachtung geführt hat. Dadurch wurde das Aufstellen von einseitigen Hypothesen verhindert. Um darzulegen, wie die Auswertung erfolgte, wurde im Anhang dieser Arbeit ein Ausschnitt eines Transkripts von einem der Interviews inklusive Auswertungsbeispiel angehängt.

5 Forschungsergebnisse

In diesem Kapitel werden die Forschungsergebnisse dargestellt. Als Basis dienen vor allem die geführten Interviews mit drei Allgemeinmediziner*innen, die mittels offenen Kodierens (vgl. Strauss/Corbin 1999) ausgewertet wurden. Es ergaben sich verschiedene Codes, denen dann unterschiedliche Kategorien zugeteilt wurden. Diese Kategorien bilden den Rahmen für die Darstellung der Ergebnisse. Es wird allerdings auch auf Datenmaterial, welches von Kolleg*innen der Projektgruppe erstellt wurde, und bestehende Literatur zurückgegriffen.

5.1 Rahmenbedingungen in den PVE

Wie bereits in Kapitel 4.1.1. beschrieben, handelt es sich bei den Interviewpartner*innen, die befragt wurden, um Allgemeinmediziner*innen, die in unterschiedlichen PVZ in drei verschiedenen Bundesländern, nämlich Oberösterreich, Niederösterreich und Wien, tätig sind.

Im oberösterreichischen PVZ, in dem drei Allgemeinmediziner*innen arbeiten, sind alle Berufsgruppen, wie sie im Primärversorgungsteam vorgeschlagen sind (siehe Abb. 1), vertreten, bis auf eine Hebamme und ein*e Fachärzt*in für Kinder- und Jugendheilkunde (vgl. ÖFOP o.A.). Die Hebammenstelle ist unbesetzt, da sich niemand dafür findet, der sie besetzen könnte (vgl. T4: 21ff).

Im beforschten PVZ in Niederösterreich sind 38 Mitarbeiter*innen tätig (Stand 2020). Mit den Allgemeinmediziner*innen arbeiten Case and Care Management, Diätologie, Klinische Psychologie, Physiotherapie, Psychotherapie, Sozialarbeit und Wundmanagement unter einem Dach im multiprofessionellen Team zusammen (vgl. ÖFOP o.A.).

Das PVZ in Wien, welches Gegenstand der vorliegenden Forschung ist, wurde im Jahr 2015 von einer Gruppenpraxis zu einem PVZ umgewandelt (vgl. T11: 9ff). Neben dem Kernteam, bestehend aus Allgemeinmediziner*innen, Ordinationsassistent*innen und diplomierten

Gesundheits- und Krankenpfleger*innen, sind eine Psychotherapeutin, eine Diätologin und ein Sozialarbeiter in dem PVZ tätig (vgl. ÖFOP o.A., Website des beschriebenen PVZ).

5.1.1 Zuweisungen zur Sozialen Arbeit

Im Allgemeinen verweisen die Allgemeinmediziner*innen die Patient*innen an die Sozialarbeiter*innen. Patient*innen, die ins PVZ kommen, kommen in der Regel zuerst zur*zum Ärzt*in. Wenn diese/dieser feststellt, dass die Soziale Arbeit in diesem Fall hilfreich sein könnte, erfolgt die Zuweisung an die*den Sozialarbeiter*in. Oft geht es um die Wohnsituation oder um Pflegegeldhöhung, die als Themen aufkommen (vgl. T9: 111ff).

Eine*r der befragten Allgemeinmediziner*innen gibt an, dass es auf jeden Fall einen Erstkontakt weder zur Sozialarbeit noch zur Psychotherapie ohne vorherigen Arztkontakt geben kann. Prinzipiell sei es schon vorstellbar, aber derzeit brauche es noch einen Grund zuzuweisen (vgl. T11: 31ff).

In den beiden anderen PVZ ist es prinzipiell auch so, dass die*der Patient*in zuerst Kontakt zur Allgemeinmedizin haben muss, aber im Einzelfall kann es auch vorkommen, dass gleich die Soziale Arbeit aufgesucht werden kann. Wenn der*dem Sozialarbeiter*in auffällt, wo er*sie aktiv Verbesserungen herbeiführen, Ängste nehmen oder Bedürfnisse befriedigen könnte, ist es möglich, dass die Soziale Arbeit an die Allgemeinmediziner*innen herantritt und in gemeinsamer Absprache ein Einschreiten der Sozialen Arbeit empfohlen wird. So ist es auch nicht zwingend notwendig, dass die*der Patient*in eine Zuweisung von der*dem Ärzt*in bekommt. Die*der Ordinationsassistent*in könnte in Absprache dem Team auch entscheiden, die*den Patient*in als Erstes zur*zum Sozialarbeiter*in zu schicken. Grundlage dafür ist aber berufsgruppenübergreifende Kommunikation und Informationsaustausch (vgl. T9: 122ff).

Es zeigt sich, dass es grundsätzlich die Zuweisung von der*dem Ärzt*in zur*zum Sozialarbeiter*in braucht. Es ist vom jeweiligen PVZ abhängig, ob es auch möglich ist, ohne Patient*in der Allgemeinmediziner*innen zu sein, die Soziale Arbeit aufzusuchen. Entscheidend ist, so zeigt sich, eine klare Kommunikation und Informationsaustausch zwischen den Berufsgruppen.

5.2 Die multiprofessionelle Dokumentation im PVZ

In allen drei PVZ dokumentieren die Berufsgruppen in einem gemeinsamen Patient*innen - Verwaltungssystem. In dem Ordinationsprogramm wird die Anamnese des Patienten/der Patientin aufgenommen. Dort kann auch der klinische Status dargestellt werden, wo auch eingetragen werden kann wie es dem Patienten/der Patientin gefühlsmäßig geht (vgl. T11: 16ff, T9: 20ff).

Für jeden Patienten/ jede Patientin gibt es eine Kartei, in die alle Ärzt*innen und Therapeut*innen ihre Dokumentationen eintragen können. Grundsätzlich können alle Berufsgruppen hineinschreiben und es wird mit einem Kürzel vermerkt, wer die jeweilige Eintragung vorgenommen hat (vgl. T4: 30f, T11: 17ff).

In den untersuchten PVZ gibt es die Möglichkeit, bestimmte Dinge so einzutragen, dass sie nur die*der Verfasser*in selbst lesen kann und sonst niemand es sieht. Das wird dann angewandt, wenn die*der Patient*in etwas Vertrauliches erzählt (vgl. T4: 36ff, 52f, T9, T11). Darüber hinaus gibt es in den beforschten PVZ ein „internes Kommunikationssystem“, welches unabhängig von der Patient*innen-Datei besteht. Es handelt sich dabei um ein Kommunikationsprogramm, in das Alltagskommunikationen verschriftlicht werden (vgl. T4: 90ff). So kann beispielsweise vermerkt werden, wenn eine andere Berufsgruppe auch mit dem Patienten/der Patientin in Kontakt kommen sollte. Wenn beispielsweise aufgrund der Anamnese, der Diagnose oder der Behandlung der Wunsch aufkommt, dass andere Professionen sich mit dem Patienten/ der Patientin beschäftigen sollen (vgl. T4: 94ff, T9: 101ff).

Zwei der Befragten geben an, dass in dem jeweiligen PVZ die Psychotherapeutin und in einem auch der Sozialarbeiter in einer Sonderdokumentation abseits des EDV Systems dokumentieren. Diese beiden Berufsgruppen haben eine höhere Verschwiegenheit als andere, daher dokumentieren sie im gemeinsamen Verwaltungssystem nur schlagwortartig. Eine ausführlichere Dokumentation führen sie für sich (vgl. T11: 20ff, T4: 32ff).

„[...] wir [haben] unserer Psychotherapeutin, die bei uns angestellt ist, gesagt [...], sie soll schlagwortartig dokumentieren in die Datei und eine Paralleldokumentation machen. Es ist ausreichend, wenn wir wissen, es gibt eine familiäre Belastungssituation und wir müssen nicht wissen, dass die Frau vom Mann geschlagen worden ist, wenn er betrunken war. [...], es muss genug sein, damit wir damit arbeiten können. Aber es muss nicht so detailliert sein, dass man da den Datenschutz oder Persönlichkeitsschutz auch teilt.“ (T11: 24ff).

Die Dokumentation bzw. die Aktenführung an sich, dient dazu, die Ergebnisse der „Informationsverarbeitung“ festzuhalten. Normalerweise liegen zu einer bestimmten Situation viele Informationen aus unterschiedlichen Quellen vor. Diese gilt es zu systematisieren und zu strukturieren. Das Aktenführen so wie Geiser (2009) es beschreibt, ist ein Vorgang, in dem reflektiert, systematisch, objektivierbar, effektiv, effizient und rechtlich und berufsethisch legitimiert vorgegangen werden soll. So entsteht die Dokumentation, die alle gespeicherten Daten umfasst. Diese Daten bestehen meist aus unterschiedlichen Quellen wie z.B. dem Klient*innen - System selbst, den Erzählungen der Klient*innen und aus eigenen Wahrnehmungen (vgl. Geiser 2009: 32).

Die multiprofessionelle Dokumentation in den untersuchten PVZ erfolgt, so geht es aus der Forschung hervor, unter diesen Gesichtspunkten. Offizielle Vorschriften, was in der Dokumentation enthalten bzw. wie sie aufgebaut sein soll, gibt es in den untersuchten PVZ nicht. Alle Befragten berichten, dass sie freie Hand haben, was die Gestaltung der eigenen Dokumentation angeht. „Das wichtigste ist, dass es für den nächsten ersichtlich, verständlich ist, ja. Dass man weiß ok, was ist jetzt der rote Faden, wo ist der Weg, wie solls weitergehen“ (T9: 209ff).

Es gibt Kolleg*innen, die genauer dokumentieren als andere. Viele der Patient*innen kommen mit grippalen Infekten, Durchfall, etc. deshalb müsse nicht so genau dokumentiert werden. „[...] sobald irgendwie was Komplizierteres is, wird auch anständig dokumentiert, und so mach ichs persönlich auch“ (T11: 253f).

Datenschutzüberlegungen müssen zumindest von den Befragten nicht explizit angestellt werden. Es sei ein wichtiges Thema, aber es sei auch selbstverständlicher Teil der Arbeit (vgl. T9: 214f). Es werden beispielsweise die Patient*innen gefragt, ob etwas als vertraulich behandelt werden soll, wenn es um heikle Informationen geht. Wenn dies der Fall ist, wird so dokumentiert, dass nicht alle die Informationen bekommen (vgl. T4: 330ff). Wie oben erwähnt, gibt es die Möglichkeit nur für sich selbst sichtbar zu dokumentieren oder Dinge zu umschreiben. (Mehr zu diesem Thema siehe in Abschnitt 5.3.4.).

Die Dokumentation dient auch der berufsrechtlichen Absicherung. Für Dinge, die die jeweilige Berufsgruppe befugt ist zu machen, haftet sie auch selbst.

Die Wundmanager*innen in den PVZ beispielsweise haften selbst für die Pflege der Wunden, daher ist es auch wichtig, sich über die Dokumentation abzusichern und darzulegen, was getan wurde. Dies funktioniert auch durch Fotodokumentation. Es ist möglich, Bilder zu vergleichen und festzustellen, ob sich etwas verändert hat. Dies wird in zwei der beforschten PVZ auch so gemacht. Es gibt eine gemeinsame Begutachtung von Wundmanager*innen und Allgemeinmediziner*innen.

Die Sozialarbeiter*innen handeln daher auch im eigenen Interesse, wenn sie Dinge dokumentieren und sich bei heikleren Dingen absprechen (vgl. T9: 51ff, T11: 143ff).

5.2.1 Vorteile der multiprofessionellen Dokumentation

Die Vorteile der multiprofessionellen Dokumentation werden darin gesehen, dass mehr Informationen durch die interdisziplinäre Vorgehensweise gesammelt werden und so eine bessere Übersicht gewährleistet wird. Die Eintragungen werden mit Initialen der Mitarbeiter*innen gespeichert, dadurch ist klar nachvollziehbar, wer wann etwas eingetragen hat. Durch die Patient*innen-Verwaltungssoftware haben alle anderen Mitarbeiter*innen des PVZ Zugriff auf Befunde und Laborwerte.

Für die Allgemeinmediziner*innen ist dies insofern sinnvoll, als dass sie auf einen Blick sehen können, was die Therapeut*innen mit den Patient*innen machen. Dadurch ist es für alle Beteiligten eine transparente und effektive Dokumentation. Informationen werden für das gesamte Team besser verständlich gemacht (vgl. T4: 42ff, 62ff).

„ [e]ine professionelle Behandlung und Betreuung für den Patienten [die Patientin] läuft nur durch Kommunikation. Das ist das Allerwichtigste, dass jeder [jede] die gleiche Information hat, dass Gefühlszustände aber auch Diagnosen wahrgenommen werden können und miteinander reden, einander einfach Informationen weitergebe, das ist das A und O und das Allerwichtigste.“ (T9: 33f).

Die befragten Allgemeinmediziner*innen sehen die Dokumentation explizit als Hilfestellung zur Umsetzung eines Gesamtkonzeptes. Die Dokumentation dient dazu, einen breiten Überblick zu geben. Dann kann auch evaluiert werden, ob das gesetzte Ziel erreicht wurde oder „man muss den Weg oder den Umgang mit der Problematik modifizieren, [...]“ (T4: 199ff).

Außerdem ist die Dokumentation auch ein Tool dafür, um Kontinuität zu gewährleisten. Wenn beispielsweise eine*ein neue*r Sozialarbeiter*in kommt, kann er*sie sich einlesen und einen Überblick verschaffen. Außerdem arbeiten beispielsweise mehrere Ärzt*innen im Schichtbetrieb. Durch die Dokumentation kann nachverfolgt werden, wer wann was gemacht hat. (vgl. T3: 531f, T5: 105ff).

5.2.2 Vorbereitung auf den Patienten/ die Patientin

Eine*r der befragten Allgemeinmediziner*innen gibt an, dass sie sich auf die nächsten Patient*innen insofern vorbereitet, als dass noch einmal die letzten Aufenthalte und Ordinationsbesuche durchgelesen werden, um zu erfahren, worum es geht, wie sich die Situation des Patienten/ der Patientin entwickelt hat und ob es möglicherweise eine Verbesserung oder eine Verschlechterung gibt. Es kann dann abgewogen werden, ob die Therapie modifiziert werden soll. Außerdem kann entschieden werden, ob die*der Patient*in an Soziale Arbeit, Physiotherapie, Diätologie etc. weitervermittelt werden soll. In manchen Fällen ist auch die Dokumentation des*der Wundmanager(s)*in wichtig, um zu wissen, wie die Wunde das letzte Mal ausgesehen hat. (vgl. T9: 42ff).

Im oberösterreichischen PVZ wird in jedem Fall ein Blick auf die Kartei geworfen, während mit dem Patienten/ der Patientin gesprochen wird und ein bestimmtes Thema aufkommt. Wenn im Vorhinein schon feststeht, dass es komplexer ist, wird sich auch schon vorher in die Dokumentation eingelese (vgl. T4: 126ff).

5.2.3 Herausforderungen

Um die Vorteile der multiprofessionellen Dokumentation voll ausschöpfen zu können, bedarf es eventuell mehr Aufwand, als es in einer Einzelpraxis notwendig ist, da so dokumentiert werden muss, dass Zusammenhänge von allen verstanden werden (vgl. T4: 58ff).

Die Art und Weise, wie dokumentiert wird, kann zwischen den Berufsgruppen variieren bzw. ist es menschlich, dass ein wenig unterschiedlich dokumentiert wird. Im Prinzip lässt sich jedoch sagen, dass die Verständlichkeit der befragten Allgemeinmediziner*innen in allen PVZ gut gewährleistet ist (vgl. T9: 59ff).

Die Befragten sind sich nicht einig, was die Arbeit mit Kürzeln und Abkürzungen betrifft. So sieht einer der Allgemeinmediziner*innen keinen Sinn darin, „Kürzel zu machen, die automatisch eingegeben werden, nur damit der Zweck der Dokumentation erfüllt wird, aber in Wirklichkeit nichts dahintersteckt“ (T11: 256f). Eine stichwortartige, gut nachvollziehbare

Dokumentation wird im Gegensatz zu „Romanen, die sich eh keiner durchliest“, bevorzugt (vgl. T11: 256ff).

In einem anderen PVZ wurden Kürzel angelegt, damit die Mitarbeiter*innen im PVZ sich Schreibarbeit sparen (vgl. T4: 303f).

Die Prägnanz der Dokumentation, so wird aus den Interviews deutlich, ist allen wichtig. Die Nachvollziehbarkeit, Transparenz und der Informationsfluss stehen im Mittelpunkt.

Im Zusammenhang mit einer möglichst guten multiprofessionellen Dokumentation in den PVZ wird von allen Befragten entweder explizit oder implizit angesprochen, dass es darauf ankommt, welche Ressourcen verfügbar sind. Folgendes Zitat macht die Problematik anschaulich:

*„[...] es wär sicher besser genauer zu dokumentieren aber das erfordert einfach mehr Zeit und das is allgemein, ahm ein Thema natürlich im Kassensystem, dass 5,6,7 Patient[*innen] pro Stunde angeschaut werden müssen, damit sich das überhaupt rechnet. Und damit wird bessere Medizin dann gemacht, wenn mehr Zeit bezahlt wird und dann wird auch besser dokumentiert, das wiederum führt zu einer besseren Medizin. Das heißt wir gehen mit den Ressourcen so um, wie es jetzt möglich is, wir dokumentieren das was unbedingt notwendig is, was auch zum Arbeiten unbedingt notwendig is. Aber das wär fein natürlich, die optimale Dokumentation braucht Zeit und die ham wir derzeit einfach wenig.“*
(T11:292ff)

Es wird auch kritisch angemerkt, dass beispielsweise die Pflege oft überdokumentiert. Der Wunsch von Seiten der Allgemeinmediziner*innen wäre eine Zusammenfassung von den wichtigsten Punkten. Dreiseitige Briefe enthalten in der Praxis oft zu viele Informationen, die nicht relevant sind. In der Kassenmedizin sei zu wenig Zeit dafür, dass alle ausführlich dokumentieren und „ständig miteinander reden“ (T11: 345). Damit die Informationsweitergabe auch wirklich funktioniert, muss sie komprimiert durchgeführt werden. Je größer die Einrichtung ist, umso wichtiger ist, dass nur wesentliche Informationen fließen (vgl. T11: 344ff).

Mitarbeiter*innen von PVE, in denen multiprofessionell dokumentiert wird, stehen stets vor der Frage, was genau dokumentiert werden soll und ob es für alle sichtbar sein soll.

5.3 Die Dokumentation der Sozialen Arbeit in den PVZ

Im folgenden Kapitel wird die Dokumentation der Sozialarbeiter*innen in PVZ beleuchtet. Es wird angeführt, welchen Mehrwert die Allgemeinmediziner*innen aus der sozialarbeiterischen Dokumentation haben und wie die Dokumentation bestenfalls strukturiert ist. Neben der schriftlichen Dokumentation ist in den exemplarisch ausgewählten PVZ vor allem mündlicher Informationsaustausch wichtig.

5.3.1 Der Mehrwert für die Allgemeinmediziner*innen

Die befragten Allgemeinmediziner*innen erzählen, dass sie von der Dokumentation anderer Berufsgruppen und der Sozialen Arbeit profitieren. Im PVZ ist es wesentlich, dass es ein Gesamtkonzept für die Betreuung der Patient*innen gibt und dass dieses miteinander abgestimmt wird (vgl. T4: 195f). Die berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit ermöglicht dem multiprofessionellen Team das Beste für den Patienten/ die Patientin herauszuholen. Die Einbindung der Themen der Sozialen Arbeit sind auch für die Allgemeinmediziner*innen wichtig. Durch die Soziale Arbeit wird Unterstützung auch für die Angehörigen geleistet und die Menschen werden dort abgeholt, wo sie gerade stehen. Es können Bedürfnisse besser wahrgenommen werden, wenn die Soziale Arbeit miteinbezogen wird (vgl. T9: 257ff).

Ein konkreter Mehrwert, den die Soziale Arbeit in den PVZ (und dadurch die sozialarbeiterische Dokumentation) bietet, ist die breitere Sichtweise auf die Situation des Patienten/ der Patientin. Diese liefern oft Erklärungen für körperliche Beschwerden oder Probleme. Wenn es gelingt, die Ursache zu orten und zu verstehen, dass soziale, familiäre oder andere Probleme vorliegen, kann dies auch in der Therapie angesprochen werden. Es wird beobachtet, dass die*der Patient*in meistens davon ausgeht, die Informationen würden schon vorliegen. Dadurch können sie sich bei der*dem Ärzt*in leichter öffnen. Die*der Sozialarbeiter*in leistet also wichtige (Vor)arbeit für die ärztliche Therapie (vgl. T4: 204ff). Durch die Dokumentation können die Allgemeinmediziner*innen verstehen, was die Bedürfnisse der Patient*innen sind, sodass darauf aufgebaut werden kann und ungefähr verstanden wird, in welche Richtung es geht. Wie in Abschnitt 5.3.1. bereits erwähnt, liefert die Dokumentation den Informationsfluss für die anderen beteiligten Berufsgruppen (vgl. T9: 156ff).

Prinzipiell wird alles als wichtig angesehen, was den Sozialarbeiter*innen mitgeteilt und durch die Dokumentation weitergegeben wird. Beispiele davon sind Arbeitsplatzverlust, gescheiterte Beziehung, Vereinsamung, Mangel an sozialen Kontakten, Mobbing am Arbeitsplatz etc. (vgl. T4: 220ff).

Von den Ärzt*innen wird erwähnt, dass vor allem das vergangene Jahr auch große Herausforderungen mit sich brachte. In Zeiten von Corona sei Vereinsamung zu einem der Kernthemen geworden. Es seien auch viele Ängste und Unsicherheiten bei den Patient*innen entstanden und die Demenz habe bei einigen Patient*innen einen Schub erlitten. Die Sozialarbeiter*innen können in solchen Situationen Türen öffnen und die Patient*innen zu verschiedenen Gruppen und Angeboten führen. Zurzeit ist dies aber leider nur bedingt möglich (vgl. T4: 245ff, T9: 200ff).

Um gezielte Maßnahmen setzen zu können, die dem Therapiekonzept entsprechen, muss der Kern des Problems festgestellt werden. Zu diesem Zweck wird auch gern an andere Berufsgruppen vermittelt, da dort dann mehr Zeit und Raum gegeben ist, Dinge genauer zu besprechen und gemeinsame Lösungen zu finden (vgl. T4: 240ff).

„[...] die Doku brauchts damit alle dann wissen, das is das, da homa jetzt das Kernproblem, ja, dass ma ned am Kernproblem vorbeiredet und

vorbeitherpiert, sondern dass ma wirklich aaah dann den Fokus drauf legt und mit Einverständnis des Patienten [/der Patientin] dann hoid das ganze Team um verschiedene Dinge kümmert, ja“ (T4: 254ff).

Was die Sozialarbeiter*innen konkret dazu beitragen, ist Kontakt zu Behörden, Termine wahrzunehmen bzw. die Patient*innen dabei zu unterstützen, diese Termine einzuhalten. Auch Hausbesuche werden in den untersuchten PVZ von den Sozialarbeiter*innen durchgeführt. Einer der befragten Ärzt*innen gibt an, der Zugang zu den Patient*innen sei für den*die Sozialarbeiter*in oder für den Therapeuten/ die Therapeutin ein anderer, da viele Dinge mit den Allgemeinmediziner*innen nicht besprochen werden. Außerdem spielt auch der Faktor Zeit eine wichtige Rolle. Die Allgemeinmediziner*innen können sich nicht so viel Zeit für ausführliche Gespräche nehmen, wie es die Sozialarbeiter*innen oder Psychotherapeut*innen gewohnt sind (vgl. T4: 257ff, T11: 56).

5.3.2 Struktur der Dokumentation

Zwei der befragten Allgemeinmediziner*innen geben an, relativ genau darüber Bescheid zu wissen, welche Interventionen die Sozialarbeiter*innen setzen und welche Methoden sie anwenden. Aus der sozialarbeiterischen Dokumentation ist ablesbar, was erreicht wurde, welches die nächsten Schritte sind und wo eventuell weiter angesetzt werden könnte (vgl. T9: 164f). Einer der Befragten sagt, er wisse nicht welche Methoden die*der Sozialarbeiter*in durchführt. Es werde aber besprochen, was mit den Patient*innen gemacht wird, die an die Sozialarbeiter zugewiesen wurden. Dies sei dann auch im System dokumentiert (vgl. T11: 316ff).

Wichtige Punkte, die in der Dokumentation aus der Sicht der befragten Allgemeinmediziner*innen bestenfalls enthalten sind, wenn es beispielsweise um einen Pflegegeldantrag oder Einstufung des Pflegegeldes geht, sind die Diagnosen, Informationen wann der letzte Antrag gestellt wurde, wann dies wieder möglich ist etc. Im Mittelpunkt sollte dabei eine Übersicht über die Bedürfnisse der Patient*innen stehen (vgl. T9: 185ff).

Einer der Befragten meint, es reiche, wenn grob ersichtlich ist, was passiert ist und was gemacht wurde, und wenn dann auch vermerkt wird, dass der Prozess abgeschlossen ist und keine weiteren Einheiten mehr notwendig sind. Durch die Zuweisung zur Sozialen Arbeit werde die*der Patient*in ein Stück weit abgegeben (vgl. T11: 322ff).

Eine Sozialarbeiterin erklärt, wie sie ihre Dokumentation aufbaut:

„Also zum einen schaue ich drauf, dass es grundsätzlich verständlich ist, also dass ich zum Beispiel kein Genogramm oder so ins Programm hochlade, weil mit dem kann keiner was anfangen, dass ich Infos gebe darüber, wie ich weiter tu, also so das Prozedere, das sozialarbeiterische, dass ich Infos hinterlege, wie compliant der oder die PatientIn ist, und ich mache jetzt bei jedem Patienten einen Erstbericht für den Arzt, eigentlich, wo die Sozialdiagnostik drinnen steht, also Infos zu verschiedenen Kategorien, wobei ich sagen muss, ich profitiere von dem selber halt voll,

also gerade, wenn ein Patient oder eine Patientin länger nicht da war“ (T8: 514ff).

Anpassungen an die Bedürfnisse der Allgemeinmediziner*innen konnten in allen drei PVZ von den Befragten nicht wirklich bemerkt werden. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Dokumentation der Sozialarbeiter*innen qualitativ hoch sei (vgl. T9: 190ff).

Die Sozialarbeiter*innen, die darüber befragt wurden, ob sie ihre Dokumentation an die Bedürfnisse der Allgemeinmediziner*innen angepasst haben, antworten darauf auch durchgehend mit Nein. Sie hätten sich insofern angepasst, als dass sie sich kürzer halten. Dies hat sich für eine Sozialarbeiterin mit steigender Berufserfahrung beispielsweise so ergeben. Gemeinsam haben die Befragten, dass sie das Wichtigste festhalten wollen. Eine Sozialarbeiterin spricht dabei an, dass sie so dokumentiert, dass, wenn sie am nächsten Tag nicht kommen kann und ein*e Nachfolger*in übernimmt, diese*r weiß, was zu tun ist (vgl. T3: 537ff, T7: 348ff).

Eine Sozialarbeiterin erzählt, sie sei sich nicht sicher, ob ihre Dokumentation von den anderen Berufsgruppen bzw. vor allem von den Allgemeinmediziner*innen gelesen wird. Sie hält z.B. fest: „Pflegegeldantrag ausgefüllt“, und wenn es nähere Fragen dazu gibt, wird sie angerufen und es wird persönlich besprochen. Die Sozialarbeiter*in spricht hiermit an, was sich als wichtiges Thema in den PVZ herauskristallisiert, nämlich die mündliche Kommunikation (siehe Abschnitt 5.3.3.) (vgl. T7: 358ff).

Eine der befragten Sozialarbeiterinnen gibt an, die Allgemeinmediziner*innen in dem PVZ, in dem sie tätig ist, könnten ihre Dokumentation gar nicht sehen, wenn diese nicht in einen extra Bereich im System eingetragen wird. Hierbei handelt es sich um ein anderes PVZ als die drei in dieser Arbeit exemplarisch dargestellten. Im Dokumentationsprogramm wurde eine eigene Dokumentationsklasse eingeführt, damit die Dokumentation für alle anderen Berufsgruppen auch sichtbar ist. Seitdem dies der Fall ist, hat sich die Sozialarbeiter*in angewöhnt knapper zu dokumentieren, damit es auch gelesen wird. Sie unterscheidet in der Verschriftlichung zwischen eigener Wahrnehmung darüber, was der*die Patient*in berichtet, und dem, was sie macht (vgl. T8: 489ff).

5.3.3 Mündliche Kommunikation als wichtiges Mittel

Es zeigt sich, dass die mündliche Kommunikation und der Austausch zwischen den Sozialarbeiter*innen und den Allgemeinmediziner*innen eine große Rolle spielt. Alle Interviewten geben an, dass sie sich regelmäßig mit den Sozialarbeiter*innen besprechen (vgl. T9: 76ff, T11: 135ff).

„[...] aber ein ganz wesentlicher Punkt ist einfach die persönliche Kommunikation. Das miteinander austauschen, miteinander Ideen erarbeiten. Das ist eigentlich das wichtigste, weil sonst ist alles immer nur schriftlich, ja aber wir müssen einfach uns gegenseitig auch zusammensetzen, man muss sich austauschen, man muss einfach neue

*Ideen äääh gestalten dürfen und können, das funktioniert hervorragend, ja.
Also das is ein ganz wesentlicher Bestandteil“ (T9: 232ff).*

In einem der untersuchten PVZ besteht die Möglichkeit, dass die Sozialarbeiter*in Termine bei den Allgemeinmediziner*innen bucht. Sie setzen sich zusammen und besprechen, wie bei einzelnen Patient*innen weiter vorgegangen wird. Manchmal finden solche Gespräche auch zwischen Tür und Angel, beispielsweise in der Küche, statt. Es wird dann berichtet, was von Seiten der Sozialen Arbeit gemacht wurde, es wird ein kurzes Update gegeben. Dinge, die sich durch solche Gespräche ergeben, werden dann auch schriftlich dokumentiert. (vgl. T9: 239ff, T11: 135ff).

In dem Wiener PVZ sind die Patient*innen, die von der Sozialen Arbeit betreut werden, grundsätzlich bekannt, da es sich ungefähr um 10 Personen handelt. Über diese Personen wird gesprochen und man tauscht sich hauptsächlich mündlich aus (vgl. T11: 167ff).

Es finden auch regelmäßig offizielle Teambesprechungen statt, in größeren oder kleineren Gruppen, wo es um Veränderungen medizinischer Fakten, Abstriche, Blutabnahmen geht, oft auch im Zusammenhang mit SARS-Covid2. (vgl. T4: 87f, T9: 248ff).

Im oberösterreichischen PVZ findet am Montag ein Meeting statt, bei dem sich die Therapeut*innen zusammensetzen aber auch die Allgemeinmediziner*innen eingebunden werden, um Beobachtungen hinsichtlich der Patient*innen gemeinsam zu besprechen (vgl. T5: 135ff).

5.3.4 Überlegungen für das (un)sichtbare Dokumentieren in der multiprofessionellen Dokumentation

Da die Allgemeinmediziner*innen aus der Dokumentation nicht herauslesen können, was Sozialarbeiter*innen für andere Berufsgruppen unsichtbar dokumentieren, wurden von Kolleginnen der Projektgruppe Sozialarbeiter*innen bezüglich ihrer Überlegungen befragt. Es zeigt sich, dass manche Sachen, die für andere Berufsgruppen nicht relevant erscheinen, oder Dinge, die den Rahmen sprengen würden, nicht dokumentiert werden. Viele Sozialarbeiter*innen machen sich handschriftliche Notizen und schreiben das Wichtigste danach für die anderen Berufsgruppen und für eine eventuelle Nachfolge in das Dokumentationssystem. Die handschriftlichen Notizen sind in einem Ordner versperrt (vgl. T3: 576ff, T8: 525ff).

Eine andere Sozialarbeiterin berichtet, dass sie zwar schon auch einen versperrbaren Schrank in ihrer PVE hat, diesen jedoch nicht benutzt. Sie macht sich keine eigenen Notizen und hat keine Dokumentation, die für andere Berufsgruppen geheim wären. Es kommt äußerst selten vor, dass sie nur für sich selbst etwas dokumentiert. Sie ist der Meinung, dass alle Mitarbeiter*innen des PVE der Schweigepflicht unterliegen, und ihr ist es lieber, wenn ihre Arbeit irgendwo dokumentiert ist. Wenn Unsicherheiten bestehen, werden diese zur Absicherung mit den Ärzt*innen besprochen (vgl. T7: 370ff).

Generell werden manche Dinge in der Dokumentation auch umschrieben bzw. Überbegriffe für bestimmte Phänomene verwendet.

„Also ich wäge dann schon ab, was ist relevant und was ist nicht relevant für die Fallarbeit und wenn zum Beispiel mir jemand was über traumatische Erlebnisse oder ganz schlechte Geschichten, also Geschichten jetzt erzählt, die lasse ich dann weg, also da habe ich so Überbegriffe, die ich dann verwende, also „erzählt von traumatischen Erlebnissen aus der Kindheit“ oder so, das reicht mir dann, das ich einfach weiß, über was wir beim letzten Mal gesprochen haben. Aber so einfach als Schutz der Klientinnen und Klienten tu ich jetzt nicht ausführlich dokumentieren, was dem passiert ist, wenn es jetzt nicht fallrelevant ist, also so, [...], eigentlich habe ich halt so Überbegriffe, genau“(T3: 544ff).

5.4 Allgemeine Verbesserungsvorschläge

Es hat sich herausgestellt, dass in den PVZ Ressourcenprobleme bestehen. Vor allem der Befragte aus dem Wiener PVZ spricht diese deutlich an. Die Soziale Arbeit ist mit 14 Stunden pro Woche zu knapp bemessen. Es bräuchte, so der Allgemeinmediziner, wahrscheinlich mindestens zweimal 40 Stunden Sozialarbeit und dann könnte seitens der Sozialarbeiterin / des Sozialarbeiters auch mehr reagiert werden. Aufgrund der geringen Patient*innenanzahl, die Kontakt zur Sozialen Arbeit haben, wird, so meint der Befragte, mehr persönlich gesprochen als dokumentiert.

Das Ressourcenproblem bedingt auch, dass eine Auswahl getroffen werden muss, welche Patient*innen dem Sozialarbeiter zugewiesen werden und welchen Patient*innen diese Möglichkeit nicht eingeräumt wird. Bei der Psychotherapie ergibt sich dieselbe Problematik. Im Wiener PVZ soll die Psychotherapeutin nicht mehr als drei bis vier Therapiegespräche pro Patient*in haben. Wenn sich ein weiterer Bedarf ergibt, muss der*die Patient*in an eine andere Psychotherapeut*in vermittelt werden (vgl. T11: 173ff).

Umgelegt auf das Gesamtsystem der Primärversorgung wird also ein Ressourcenproblem sichtbar. Die Sozialarbeiter*innen und alle anderen Mitarbeiter*innen des Teams in der PVE müssen entscheiden, wem Soziale Arbeit zuteil werden kann bzw. soll und wem nicht.

Zwei der drei Allgemeinmediziner*innen sind mit dem EDV-System voll und ganz zufrieden. Es gäbe keine technischen Hindernisse, die das Arbeiten oder Dokumentieren erschweren würden (vgl. T9: 205f, T11: 301ff).

„Also ich muss ganz ehrlich sagen, unser Ordinationsprogramm ist sehr sehr gut, somit hat jeder die Möglichkeit nachzulesen, nachzuschauen, eigene Ideen einzubringen. Und für alle wie gesagt zugänglich für alle Berufsgruppen, das find ich immer ganz wichtig, denn es geht nur Hand in Hand. Und [...] ich würd jetzt momentan von keinen Verbesserungsvorschlägen ääähm ausgehen, weil ich es gut finde, so wie es is. Das widerspiegelt das Team aber auch“ (T9: 221ff).

Einer der Befragten gibt an, dass es gut wäre, wenn die Dokumentation im Programm noch übersichtlicher dargestellt werden könne. Ein neues Layout sei jedoch schon in Arbeit und sollte in den nächsten Wochen oder Monaten installiert werden, damit der Überblick in der

Kartei noch schneller und einfacher werde. Inhaltlich sei jedoch nichts auszusetzen. Die derzeitige Dokumentation sei gut (vgl. T4: 311ff).

6 Resümee und Ausblick

Im Rahmen der Lehrveranstaltung „Projektwerkstatt“ fanden sich 11 Studierende zusammen, die sich der Forschung von Dokumentation und Bewertung sozialarbeiterischer Betreuungsprozesse in der Primärversorgung widmeten. Im Rahmen dieser Zusammenarbeit entstand die vorliegende Arbeit, die den Nutzen sozialarbeiterischer Dokumentation aus dem Blickwinkel der Allgemeinmediziner*innen in drei ausgewählten PVE erforscht.

Die Primärversorgung in Österreich soll der Bevölkerung als Erstanlaufstelle für ihre gesundheitlichen Anliegen dienen und eine umfassende Betrachtung der Patient*innen soll im Vordergrund stehen. In der Primärversorgung wird ein gesundheitsfördernder Ansatz vertreten und ein ganzheitliches Konzept von Gesundheit, das dem biopsychosozialen Modell entspricht, repräsentiert. Die Soziale Arbeit spielt in den PVE eine zunehmend wichtige Rolle, da sie Gesundheitsförderung vor allem anhand psychischer und sozialer Faktoren betreibt. Die*der Allgemeinmediziner*in kann Patient*innen an die*den Sozialarbeiter*in (oder an andere Fachärzt*innen bzw. Therapeut*innen) verweisen, die oftmals im selben Haus sitzen. Die Auswertung der Interviews mit Allgemeinmediziner*innen aus drei ausgewählten PVE zeigte, dass unterschiedliche Aussagen über den Nutzen der sozialarbeiterischen Dokumentation einerseits nur bezogen auf die eigene Einrichtung getätigt werden können. Andererseits gibt sich ein stimmiges Bild, wenn es um die Rolle der Sozialarbeiter*innen in den PVE geht. Die Einbindung der Themen der Sozialen Arbeit wird durchgehend als gewinnbringend bewertet.

Der Mehrwert, den die Dokumentation der Sozialarbeiter*innen in den exemplarisch untersuchten PVE bringt, kann folgend zusammengefasst werden:

- Als zentral wird die breite Sichtweise auf die Situation der Patient*innen beurteilt. Diese Sichtweise kann Erklärungen für körperliche Beschwerden oder Probleme liefern. Die Dokumentation der Sozialarbeiter*innen kann den Ärzt*innen aufzeigen, welche Bedürfnisse im Vordergrund stehen. Die Therapie kann somit maßgeschneidert an die individuelle Lebenslage angepasst werden.
- Die Sozialarbeiter*innen leisten Unterstützung nicht nur für die Patient*innen, sondern auch für die Angehörigen. Sie können herausfinden was die Menschen brauchen und ihre Situation adäquat einschätzen. Die Bedürfnisse der Menschen können besser wahrgenommen werden, wenn die Soziale Arbeit in die Primärversorgung eingebunden ist.
- Ein weiterer Mehrwert, den die Soziale Arbeit im Rahmen der Primärversorgung bietet, ist die Möglichkeit, die Patient*innen bei Behörden oder anderen wichtigen Terminen zu unterstützen. Im Rahmen von Hausbesuchen können sich Patient*innen möglicherweise eher öffnen und ihre Probleme besser ansprechen.

In den exemplarisch untersuchten PVE wird multiprofessionell dokumentiert. Die Sozialarbeiter*innen und die Psychotherapeut*innen haben teilweise eine eigene Dokumentation abseits des übergreifenden Ordinationsprogrammes. Es wird einerseits damit argumentiert, dass diese Berufsgruppen eine größere Verschwiegenheit hätten und andererseits geben Sozialarbeiter*innen an, dass sie sich handschriftliche Notizen machen, die sie dann nicht unverändert in das System übertragen, sondern noch einmal zusammenfassen. Die Dokumentation in den exemplarisch untersuchten PVE dient vor allem dem Informationsfluss. Transparenz und Effizienz soll durch die schriftliche Dokumentation gewährleistet werden. Die Dokumentation gewährleistet auch Kontinuität, da immer nachgelesen werden kann, was bereits getan wurde. Die Ärzt*innen bereiten sich durch das Nachlesen in der Dokumentation auf die Patient*innen vor, oder sie können, während die Patient*innen erzählen, nebenbei im System nachschauen.

Neben der Funktion der Dokumentation als Tool für Informationen dient sie auch der berufsrechtlichen Absicherung.

Die befragten Allgemeinmediziner*innen sehen die multiprofessionelle Dokumentation als Hilfestellung für die Umsetzung eines Gesamtkonzeptes. Sie nutzen, wie schon erwähnt, die sozialarbeiterische Dokumentation als Grundlage für einen maßgeschneiderten Therapieplan.

Der Stellenwert, den die sozialarbeiterische Dokumentation in den exemplarisch untersuchten PVE hat, kann durchaus als hoch bezeichnet werden, jedoch zeigt sich, dass die mündliche Kommunikation ebenfalls eine große Rolle spielt. Der Austausch zwischen Sozialarbeiter*innen und Allgemeinmediziner*innen ist zentral für die Zusammenarbeit. Im Gespräch werden Ideen erarbeitet und es wird besprochen, wie bei einzelnen Patient*innen vorgegangen wird. Oft finden die Gespräche aus Zeitgründen zwischen Tür und Angel, also eher informell, statt. In einem der untersuchten PVE gibt es jedoch die Möglichkeit, nach Bedarf einen Termin auszumachen und sich auszutauschen. Aus diesem Befund ergibt sich die Idee, dass die mündliche Kommunikation in der Primärversorgung ausgebaut beziehungsweise formalisiert werden könnte. So könnte überlegt werden, wie in der jeweiligen PVE der persönliche Austausch gefördert und strukturierte Vorgehensweisen für Besprechungen zwischen den Sozialarbeiter*innen und den Allgemeinmediziner*innen eingeführt werden können.

Die Vorannahme, dass sozialarbeiterische Prozesse in der Dokumentation von Allgemeinmediziner*innen nicht ausreichend berücksichtigt werden, hat sich nicht bestätigt. Die Sozialarbeiter*innen können durch ihre Dokumentation dazu beitragen, dass das, was sie tun, von den Ärzt*innen wahrgenommen wird.

Die Befragten geben durchwegs an, an der sozialarbeiterischen Dokumentation interessiert zu sein und diese auch zu berücksichtigen. Es gibt jedoch zu beachten, ob alles Wichtige von den Sozialarbeiter*innen auch tatsächlich dokumentiert wird oder ob manche wichtigen Informationen auch bewusst oder unbewusst zurückgehalten werden. Die Art und Weise, wie die Sozialarbeiter*innen dokumentieren, variiert von PVE zu PVE nämlich erheblich.

Eine Idee, die sich im Rahmen eines Interviews ergeben hat und die weitere Diskussionen im Forschungsfeld anregen könnte, ist, dass es für den weiteren Ausbau der Primärversorgung

wichtig wäre, wenn andere Angehörige von Gesundheits- und Sozialberufen PVE gründen und führen könnten. Die PVE wären somit unabhängig von der Zustimmung der Ärztekammern und es wäre einfacher, auch von Vertreter*innen anderer Gesundheits- und Sozialberufen PVE aufzubauen. Diese Vorgehensweise könnte zu einem schnelleren Ausbau der Primärversorgung beitragen (vgl. T11: 354ff).

Literatur

Geiser, Kaspar (2009): Klientenbezogene Aktenführung und Dokumentation in der Sozialarbeit. In: Brack, Ruth/ Geiser, Kaspar (Hrsg*in) (2009): Aktenführung in der Sozialarbeit. Vorschläge für die klientenbezogene Dokumentation als Beitrag zur Qualitätssicherung. Bern, Stuttgart, Wien: Verlag Haupt, 4. Auflage, 27-48.

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2019): Mehr Gesundheit durch eine gestärkte Primärversorgung. [https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-\(Zielsteuerung-Gesundheit\)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primaerversorgung.html](https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform-(Zielsteuerung-Gesundheit)/Mehr-Gesundheit-durch-eine-gestaerkte-Primaerversorgung.html) [07.05.2021]

Bundes-Zielsteuerungskommission (2014): „Das Team rund um den Hausarzt“ Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Wien (Beschluss vom 30.6.2014). <https://www.sv-primaerversorgung.at/cdscontent/load?contentid=10008.735601&version=1589458576> [07.05.2021]

FH St. Pölten (2019): Soziale Arbeit. Projekte. Sozialarbeiterische Handlungskonzepte im Gesundheitswesen. <https://www.fhstp.ac.at/de/studium-weiterbildung/soziales/soziale-arbeit-bachelor/projekte1/professionelle-aufsuchende-soziale-arbeit> [07.05.2021]

FH St. Pölten (2020): Soziale Arbeit. Projekte. Einbindung der Sozialen Arbeit im integrativen Versorgungskonzept der Primärversorgung. <https://www.fhstp.ac.at/de/studium-weiterbildung/soziales/soziale-arbeit-bachelor/projekte1/einbindung-der-sozialen-arbeit-im-integrativen-versorgungskonzept-der-primaerversorgung> [07.05.2021].

FH St.Pölten (o.A.): Living Document. Grundlage für Auswahl, Steuerung und Dokumentation von Bachelorprojekten. St. Pölten: Unveröffentlicht.

Flick, Uwe (2019): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge. Hamburg: Rowohlt Taschenbuchverlag, 4. Auflage, 102-142.

Halmich, Michael (2019): Rechtsrahmen zur Primärversorgung. In: ÖGERN (Hrsg*in) (2019): Primärversorgung zwischen Medizin, Pflege und Rettungsdienst, Tagungsband Nr.6/2019. Wien: Educa Verlag, 9-15.

OBDS (2017a): Berufsbild der Sozialarbeit. <https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2018/05/Berufsbild-Sozialarbeit-2017-06-beschlossen.pdf> [07.05.2021]

OBDS (2017b): Sozialarbeit in der Primärversorgung. Informationsunterlage für Interessierte. https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2018/07/Sozialarbeit-in-PV_Argumentationsunterlage.pdf [07.05.2021].

ÖFOP – Österreichisches Forum Primärversorgung (2017): Sozialarbeit in der Primärversorgung. <https://primaerversorgung.org/2017/09/24/sozialarbeit-in-der-primaerversorgung> [07.05.2021]

ÖFOP – Österreichisches Forum Primärversorgung (o.A.): Versorgungskarte. <https://primaerversorgung.org/versorgungskarte/> [07.05.2021]

ÖFOP - Österreichisches Forum Primärversorgung (2021): FAQs. Was ist Primärversorgung. <https://primaerversorgung.org/fragen-und-antworten/?fps=Was%20ist%20Prim%C3%A4rversorgung?> [07.05.2021]

Rebhandl, Erwin (2019): „Hausarztmodell“ vs. Primärversorgung Neu – Was kann ich mir als Patient erwarten? In: ÖGERN (Hrsg.*in) (2019): Primärversorgung zwischen Medizin, Pflege und Rettungsdienst, Tagungsband. Nr. 6/2019. Wien: Educa Verlag, 47-53.

Redelsteiner, Christoph (2019): Experten für die „most vulnerable humans“ In: Springer Journal Pro Care (2019), Jg. 24, 10. Wien: Springer Verlag, 6-10.

Sottas, Beat (2013): Interprofessionelle Zusammenarbeit. Herausforderung für die Gesundheitsberufe. In: biomed austria (2013) – Fachzeitschrift für Biomedizinische AnalytikerInnen, Nr. 06/2013, 24-26.

Strauss, Anselm L./ Corbin, Juliet (1999): Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 43-55.

Ventura, Ilana (2020): Primärversorgungseinheiten für Österreich. In: Soziale Sicherheit. Fachzeitschrift der österreichischen Sozialversicherung (2020) Nr. 03/2020, 97-100. <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.735247&version=1588151861> [07.05.2021].

WHO – World Health Organisation (1978): Erklärung von Alma Ata. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf [07.05.2021].

Wonca Europe/ ÖGERN (2002): Die europäische Definition der Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin. https://oegam.at/system/files/attachments/wonca_-_europaeische_definition_der_hausarztmedizin.pdf [07.05.2021]

Zahorka, Florian/ Gierlinger, Peter (2020): Vernetzte Sozialarbeit in der Primärversorgung. In: SiO – Fachzeitschrift für Soziale Arbeit in Österreich (2020), Nr. 4/20, 37-42.

Zauner, Antonia (2016): Mehr als nur ein notwendiges Übel. Über Potenziale, Risiken und Ambivalenzen von Dokumentation in der Sozialen Arbeit. In: soziales_kapital wissenschaftliches journal österreichischer fachhochschul-studiengänge soziale arbeit (2016), Nr. 15/2016, Rubrik "Sozialarbeitswissenschaft" / Standort Wien. Printversion: <http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/436/761.pdf>
[07.05.2021]

Daten

ITV3, Interview geführt von Marianne Ullram und Ines Schnell mit einer Sozialarbeiterin, 15.02.2021

ITV4, Interview geführt von Cornelia Grünwald und Marianne Ullram mit einem Allgemeinmediziner, 02.02.2021

ITV5, Interview geführt von Katrin Haslinger und Christian Hamberger mit einem Allgemeinmediziner, 26.02.2021

ITV7, Interview geführt von Marianne Ullram und Ines Schnell mit einer Sozialarbeiterin, 24.02.2021

ITV8, Interview geführt von Marianne Ullram und Ines Schnell mit einer Sozialarbeiterin, 24.02.2021

ITV9, Interview geführt von Cornelia Grünwald und Marianne Ullram mit einer Allgemeinmedizinerin, 01.03.2021

ITV11, Interview geführt von Cornelia Grünwald mit einem Allgemeinmediziner, 02.03.2021

T3, Transkript Interview ITV3, erstellt von Marianne Ullram und Ines Schnell, Zeilen durchgehend nummeriert.

T4, Transkript Interview ITV4, erstellt von Cornelia Grünwald und Marianne Ullram, Zeilen durchgehend nummeriert.

T5, Transkript Interview ITV5, erstellt von Katrin Haslinger und Christian Hamberger, Zeilen durchgehend nummeriert.

T7, Transkript Interview ITV7, erstellt von Marianne Ullram und Ines Schnell, Zeilen durchgehend nummeriert.

T8, Transkript Interview ITV8, erstellt von Marianne Ullram und Ines Schnell, Zeilen durchgehend nummeriert.

T9, Transkript Interview ITV9, erstellt von Cornelia Grünwald und Marianne Ullram, Zeilen durchgehend nummeriert.

T11, Transkript Interview ITV11, erstellt von Cornelia Grünwald, Zeilen durchgehend nummeriert.

Abkürzungen

OBDS – Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit

ÖFOP – Österreichisches Forum Primärversorgung

PVE – Primärversorgungseinheit

PVN – Primärversorgungsnetzwerk

PVZ – Primärversorgungszentrum

Abbildungen

Abbildung1: Das Funktionale Primärversorgungs-Management

Quelle: Bundes-Zielsteuerungskommission (2014): „Das Team rund um den Hausarzt“ Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Wien (Beschluss vom 30.6.2014).

<https://www.sv-primarversorgung.at/cdscontent/load?contentid=10008.735601&version=1589458576>

[07.05.2021]

Anhang

Interviewleitfaden Allgemeinmediziner*innen

Das PVZ und die multiprofessionelle Doku

Zunächst einmal würde ich Sie bitten sich vorzustellen. Seit wann arbeiten Sie im PVZ?

Wie wird in dem PVZ, in dem Sie arbeiten,, dokumentiert? Gibt es ein System, das von allen Professionist*innen genutzt wird, und ist die Dokumentation von allen sichtbar und bearbeitbar? Erklären Sie bitte, wie die Dokumentation von allen Berufsgruppen im PVZ genutzt wird.

Welche Vor- und Nachteile bietet die multiprofessionelle Dokumentation?

Inwieweit ziehen Sie die Dokumentation anderer Berufsgruppen für Ihre Arbeit heran? Was leiten Sie von der Dokumentation anderer Berufsgruppen ab?

Die Doku welcher Professionen sehen Sie für Ihre Tätigkeit besonders wertvoll und warum?

Dokumentation der Sozialarbeit

Inwieweit ziehen Sie die Dokumentation der Sozialarbeit für Ihre Arbeit heran? Was leiten Sie davon ab?

Welchen Nutzen ziehen Sie aus der Dokumentation der Sozialarbeiter*in?

Welchen Nutzen ziehen Sie aus der Dokumentation anderer Berufsgruppen?

Inwieweit bestimmt die bereits vorhandene Dokumentation von Sozialarbeiter*innen den Umgang oder die Behandlung mit dem/des Patienten?

Was ist der Mehrwert, den Sie persönlich aus einer Dokumentation der Sozialarbeit gewinnen können?

Die „perfekte“ Dokumentation

Welche Punkte sind in der Dokumentation enthalten, wenn sie diese in ihrer Arbeit (Ihrem Behandlungsplan/Ihren Umgang mit Patienten) berücksichtigen?

Gibt es Vorschriften, wie die Dokumentation gegliedert sein muss? Rechtlich,...

Wie ist eine nützliche Dokumentation aus Ihrer Sicht in der Praxis gegliedert?

Wie sollte sie gegliedert sein, damit sie für Ihre Arbeit Mehrwert bietet bzw. möglichst nützlich ist?

Wenn Sie sich wünschen könnten, wie die multiprofessionelle Gesamtdokumentation in ihrem PVZ (unabhängig von technischen Grenzen) aussieht, wie könnten Sie sich das vorstellen?

Gibt es sonst noch etwas, was Sie zu dem Thema erwähnen möchten?

Auszug des Transkripts T4 – Interview mit einem Allgemeinmediziner

54 I1: Okay. Okay, aaahm Sie hams eh scho bissi gsagt, aber welche Vor- und Nachteile gibt es
55 bei der multiprofessionellen Dokumentation aus Ihrer Sicht?

56 B1: Na es bietet im Prinzip keine Nachteile. I1: mhm, B1: Was natürlich notwendig is is dass
57 ma vielleicht, weil ja auch andere dann gewisse Informationen brauchen vielleicht des andere,
58 des ein oder andere mehr dokumentiert als dass mas vielleicht als Einzelpraxis mocht, aah
59 um eben Informationen für des gesamte Team besser verständlich zu machen. Aaah, des is
60 vielleicht a bissl mehr Dokumentationsaufwand, aber ansonsten hots eigentlich nur Vurteile,
61 weil ma anfoch aaah einfach sofort sieht aaah was hot da ondare Oazt gmocht was hom de
62 Therapeuten gmocht? Wöche Medikation hot da Patient, wer hot was verschrieben? Aaah und
63 so weiter, eiso, ma hot eigentlich mehr Übersicht und mehr Information durch diese
64 interdisziplinäre Dokumentations...vorgehensweise.

65 B1: Ok, jaaa, ähh, inwieweit ziehen Sie die Dokumentation anderer Berufsgruppen für Ihre
66 Arbeit jetzt heran, ah und was können Sie von der Doku anderer ableiten?

67 I1: Najo ma kann erstens, i zieh sie dahingehend heran, dass i beim Patientengespräch a
68 darauf Bezug nehmen kann, was ern die Diätologin gesagt hat, was die Physiotherapeutin mit
69 ihm gemacht hat. Aaah, ma kann nachfragen ob des effektiv woa. und wie er des empfunden
70 hot und aaah des is oiso für uns a Erweiterung der Information de ma hom, und aah ma braucht
71 den Patienten ned wieder Dinge die erm eh scho wer erzählt hot, noch amal fragen wenn sie
72 dokumentiert san. Ahm, des hot a an gewissen Vorteil. Und man is einfach breiter informiert
73 über den Patienten und man kriegt andere, von anderen Ebenen Informationen, die man
74 vielleicht selber in seiner Anamnese nicht herausgeholt hot jo. Und und guad is a immer, wenn
75 ma was diese Botschaften hot erm die Therapeutin mitgegeben, weil die kann man dann
76 verstärken die Botschaften. Andererseits weiß die Therapeutin welche Botschaften oder ah
77 Dinge, wir dem Patienten gesagt haben und kann a darauf aufbauen, nen.

78 I1: Mhm...

79 B1: Owa wir schreiben jo a interne Zuweisungen an die Therapeuten wo ma a reinschreiben
80 ok, was wir gerne hätten oder was wir glauben, was der Patient glaubt und die Therapeutin
81 kann uns auch zurückmelden aaah dass sie dieses oder jenes festgestellt hat, wir sollen uns
82 das genauer anschauen oder so, oiso des is oisa dann a der interdisziplinäre Austausch
83 wesentlich effektiver, jo

Auswertungsbeispiel aus dem Transkript 4

Passage	Konzept	Eigenschaften des Konzepts	Dimensionen der Eigenschaften	Memo
I1: Okay, aaahm Sie hams eh scho bissi gsagt, aber welche Vor- und Nachteile gibt es bei der multiprofessionellen Dokumentation aus Ihrer Sicht?	Vorteile, Nachteile Multiprofessionelle Dokumentation aus eigener Sicht	Vor- und Nachteile, Für und Wider Dokumentation Multiprofessionell Interdisziplinär Verschiedene Berufsgruppen Eigene Meinung	Gut und schlecht Dokumentieren, nicht dokumentieren	Versuch anzuknüpfen an schon vorher erwähntes. Frage nach eigener Sichtweise auf die multiprofessionelle Dokumentation.
B1: Na es bietet im Prinzip keine Nachteile. I1: mhm, B1: Wos natürlich notwendig is is dass ma vielleicht, weil ja auch andere dann gewisse Informationen brauchen vielleicht des andere, des ein oder andere mehr dokumentiert als dass mas vielleicht als Einzelpraxis mocht,	Vorteile – keine Nachteile Notwendigkeit Informationen Mehraufwand - Mehr dokumentieren Vergleich zur Einzelpraxis	Keine Nachteile, aber ein Einspruch Informationen wichtige Rolle in der Dokumentation Mehr Arbeit, genauere Dokumentation, Umfang der Doku Einzelpraxis PVZ	Informationen – keine Informationen Dokumentieren – nicht dokumentieren mehr Aufwand – weniger Aufwand Einzelpraxis – keine Einzelpraxis oder PVZ	Informationen werden auch wichtiger Inhalt von Dokumentation dargestellt. Durch die Formulierung wird klar, dass die Doku für mehrere wichtig ist, nicht nur für einen Einzelnen, PVZ wird aber nicht explizit angesprochen.
aaah um eben Informationen für des gesamte Team besser verständlich zu machen. Aaah, des is vielleicht a bissl mehr Dokumentationsaufwand, aber ansonsten hots eigentlich nur Vurteile, weil ma anfoch aaah einfach sofort sieht aaah wos hot da ondare Oazt gmocht wos hom de Therapeuten gmocht?	Informationen Team Vorteile Überblick	Welche Informationen? Team Einzelpersonen Vorteile, Aufwand als Nachteil Übersicht Zusammenfassung Tätigkeiten von Ärzt*innen, Therapeut*innen.	Informationen – keine Informationen Team- kein Team Dokumentation Aufwand – kein Aufwand Vorteile – Nachteile Überblick- kein Überblick	Spricht von mehr Aufwand betont aber trotzdem die Vorteile. Überblick spielt wichtige Rolle.

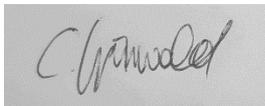
Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Cornelia Grünwald**, geboren am **18.11.1988** in **Eisenstadt**, 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,

Wien, am **10.05.2021**

Unterschrift

A rectangular box containing a handwritten signature in black ink. The signature appears to be 'C. Grünwald' written in a cursive style.