

Ursprung und Entwicklung sozialarbeiterischer Dokumentationsweise in Primärversorgungszentren

Stephanie Schmid, 1810406024

Bachelorarbeit 2

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

Datum: 12.05.2021

Version: 1

Begutachter*in: Sabina Frei, BA MA

Abstract (Deutsch)

Primärversorgungszentren wurden in den letzten Jahren immer mehr zu einem Praxisfeld der Sozialen Arbeit. Diese findet sich hier in einem multiprofessionellen Kontext wieder und steht somit mit Professionist*innen verschiedener Gesundheitsberufe in engen Kontakt. Für den Austausch zwischen den Professionen benötigt es eine gemeinsame Dokumentation. Diese Forschungsarbeit befasst sich mit der Ergründung wie die Herangehensweisen an die sozialarbeiterische Dokumentation entstanden ist und wie sich diese weiterentwickelt hat. Die Ergebnisse deuten daraufhin, dass jedes Primärversorgungszentrum seine eigene Dynamik hat und damit es verschiedene Gründe für die Art und Weise der Dokumentation gibt. Des Weiteren wurde sichtbar, dass die Dokumentation als weniger wichtig für den kollegial*inen Austausch angesehen wird, wie etwa die verbale zwischenmenschliche Kommunikation.

Abstract (English)

Primary-health-care-centres have become more and more a practical field of social work in recent years. She has found herself in a multi-professional context and is thus in close contact with professionals of different health professions. A common documentation is needed for the exchange between the professions. This research project deals with the investigation of how the approaches to social work documentation originated and how it has developed further. The results suggest that each primary care centre has its own dynamics and therefore there are different reasons for the way the documentation is done. Furthermore, it became apparent that documentation is regarded as less important for collegial exchange, such as verbal interpersonal communication.

Inhalt

1Einleitung.....	4
2Begriffsdefinitionen – Stand der Forschung.....	4
2.1Multiprofessionelles Team.....	5
2.2Primärversorgung.....	5
2.3Soziale Arbeit im Primärversorgungszentrum.....	7
2.4Dokumentation.....	8
3Erkenntnisinteresse.....	9
3.1Ausgangslage und individuelles Forschungsinteresse.....	9
3.2Relevanz des Themas.....	10
3.3Forschungsfrage inklusive Detailfragen.....	10
4Forschungskontext.....	11
4.1Teil des Projekts.....	11
4.1.1Ausgangslage Gesamtprojekt:.....	11
4.1.2Die Integration meines Projektes in das Gesamtprojekt:.....	12
4.2Feldzugang.....	12
5Forschungsdesign.....	13
5.1Leitfadeninterview.....	13
5.2Setting und Durchführung.....	14
5.3Offene Kodieren.....	14
6Forschungsergebnisse.....	15
6.1Vorschriften der Falldokumentation.....	15
6.2Transparenz der Dokumentation.....	16
6.2.1Dokumentation im Austausch mit anderen Professionen.....	16
6.2.2Verfahren, wenn die Dokumentation nicht eingesehen werden soll.....	18
6.3Wie wird dokumentiert und wo sind Grenzen der Einsicht von der sozialarbeiterischen Dokumentation?.....	19
6.4Inhalte der Dokumentation.....	21
6.5Was wird von den Sozialarbeiter*innen bei der Dokumentation als besonders relevant angesehen.....	21
6.6Eigene Meinung über Dokumentation der interviewten Personen.....	23
6.7Veränderungen im Laufe der Jahre.....	25
6.8Verbesserungsvorschläge.....	26
7Resümee.....	28
7.1 Ergebnisdiskussion.....	28
7.2 Forschungsausblick.....	29
8Reflexion des Forschungsprojektes.....	29

1 Einleitung

Diese Arbeit entstand im Zuge eines Projektes bezüglich der Thematik „Dokumentation und Bewertung sozialarbeiterischer Betreuungsprozesse in der Primärversorgung - Mitgestaltung der Profession durch anschauliche Umsetzung (SA@PV)“ (vgl. Fh St.Pölten o.A.). Jede*r in meiner Projektgruppe setzte sich einen Fokus dieses Thema betreffend und so entstanden elf voneinander unabhängige Arbeiten. Neben den Einzelarbeiten arbeiteten die Projektmitglieder zusätzlich an einem gemeinsamen Projekt, welches in dieser Forschungsarbeit noch näher erläutert wird.

Ich setzte meinen Fokus dahingehend zu erforschen, wie es zu der derzeitigen dokumentarischen Herangehensweise der Sozialarbeiter*innen in Primärversorgungszentren zustande kam. Welche Faktoren spielen eine Rolle wie beziehungsweise was die Professionist*innen der Sozialen Arbeit dokumentieren oder nicht? Es wird versucht durch Interviews diese Faktoren zu ergründen und damit einen Mehrwert für die Soziale Arbeit in Primärversorgungszentren zu schaffen.

Meine Arbeit besteht aus drei Teilen. Der erste Teil widmet sich der Theorie, welche hinter der Forschung steht. Zuerst werden themenrelevante Begriffe aufgegriffen und definiert, um eine grundlegende Einführung in die Primärversorgung zu geben und in Folge ein durchgehendes Verständnis forschungsbezogener Begriffe zu schaffen. Daran schließt das Kapitel des Erkenntnisinteresses an, welches zuerst auf die Ausgangslage vor der Forschung und mein persönliches Forschungsinteresse eingeht. Darauf folgt die Relevanz dieser Thematik für die Forschung. Die Forschungsfragen, welche für die Datenerhebung richtungsweisend sind bilden den Abschluss dieses Kapitels. Der Forschungskontext ist das dritte Kapitel und beinhaltet den Eingliederung in das Gruppenprojekt. Der letzte Abschnitt in diesem Kapitel erläutert den Feldzugang für diese Forschung. Der Inhalt des vierten Kapitel Forschungsdesign, besteht aus der Beschreibung des Leitfadeninterviews, des Setting und Durchführung wie auch der Auswertungsmethode des offenen Kodierens.

Im zweiten Teil der Arbeit wird auf die Ergebnisse der eigenen Forschung eingegangen. Dieser Teil gilt als Hauptteil der Arbeit und somit wird ihm ausreichend Raum gegeben, um die neu gewonnen Erkenntnisse darzustellen.

Der finale Teil behandelt das Resümee der Ergebnisse wie auch den Forschungsausblick und die abschließende Reflexion der Forschung.

2 Begriffsdefinitionen – Stand der Forschung

Im folgenden Kapitel werden jene Begriffe definiert, welche für die Arbeit themenrelevant sind, um so ein besseres Verständnis zu generieren. Des Weiteren wird die generelle Herangehensweise an die Dokumentation in der Sozialen Arbeit beschrieben, da es in diesem Bereich noch keine spezifische Forschung bezüglich der Primärversorgungszentren gibt.

2.1 Multiprofessionelles Team

„In multiprofessionellen Teams arbeiten Berufsgruppen zusammen, die jeweils eine eigene Ausbildung, eigene Fachsprachen und ein eigenes Selbstverständnis haben.“ (Aktion Mensch o.A.).

Das Aufeinandertreffen der verschiedenen Professionen in einem multiprofessionellen Team macht es möglich, die unterschiedlichen Fähigkeiten als Mehrwert zu nutzen und das vielfältige Wissen als Ergänzung wahrzunehmen. In einem so aufgestellten Team, finden sich demnach gewiss Berührungspunkte, allerdings noch keine direkte Zusammenarbeit. (vgl. Sottas 2013: 25).

In einem interdisziplinären Team haben die agierenden Akteur*innen Ziele, welche sie nur dann erreichen können, wenn sie gemeinsam daran arbeiten. Dadurch entsteht eine wechselseitige Abhängigkeit zwischen den Professionen. Dies heißt aber auch, dass Vorgehensweisen, Methoden etc. unter den verschiedenen Professionen aufeinander abgestimmt werden müssen (vgl. wissensdialoge 2021).

Ein weiteres Kennzeichen eines interdisziplinären Teams ist, dass sie hauptsächlich autark und damit selbstständig im Unternehmen verfahren können. Dies beschränkt sich nicht nur auf die fachliche und menschliche Ebene, sondern spiegelt sich ebenfalls in ihren Befugnissen wieder (vgl. Katrin Wortmann 2020).

Das Arbeiten eines interdisziplinären Teams lässt sich somit als eine Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen innerhalb eines gemeinsamen Berufes/Auftrags beschreiben. In den Primärversorgungszentren kommt es zwingendermaßen zur Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialberufen, bei welchen die Kompetenzen der verschiedenen Professionen im täglichen Arbeiten eingebunden und genutzt werden (vgl. Sottas 2013: 25).

In einem Primärversorgungszentrum soll laut des Bundesministeriums für Gesundheit multiprofessionell wie auch interdisziplinär gearbeitet werden. Einerseits bleiben die eigenen professionellen Kompetenzen bestehen, andererseits ist das interne Agieren miteinander ebenfalls gewünscht, um einen größtmöglichen Vorteil des vielfältigen Wissens zu erreichen. (vgl. BMG 2014).

2.2 Primärversorgung

Für Primärversorgung oder auf Englisch „primary health care“, gibt es bereits viele Veröffentlichungen. Für diese Arbeit stütze ich mich allerdings auf die gängigste Definition der WHO-Erklärung von Alma Ata aus dem Jahre 1978. Laut ihr ist

„ ‚Primary Health Care‘ 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.“ (Primärversorgung Österreichisches Forum a. o.A.).

Primärversorgung findet somit bereits statt, wenn Menschen mit gesundheitlichen Problemen sich an ihre Hausärzt*innen wenden oder Hilfe in Spitälern suchen. Sie ist dementsprechend die erste Anlaufstelle für Personen, welche gesundheitliche Hilfe brauchen.

Die Herausforderungen an das Gesundheitssystem sind in den letzten Jahren erheblich gestiegen. Grund dafür ist, dass die Bevölkerung immer älter werden und verständlicherweise auch so lange wie möglich gesund bleiben wollen und diese somit auch längere beziehungsweise intensivere medizinische Behandlung brauchen. Dazu kommen des Weiteren neue Anforderungen bezüglich der Krankenbetreuung, Planungsbedarf bei den Serviceleistungen wie auch der Generationswechsel. Aufgrund dieser Problematiken braucht es neue Lösungsansätze und Herangehensweisen in der Primärversorgung, damit die Gesundheitsversorgung auch in Zukunft sichergestellt werden kann, wie auch nachhaltig ist. Das primäre Ziel ist, die Gesundheit der in Österreich lebenden Menschen zu fördern und die Krankenbehandlung effizient, qualitativ hochwertig und effektiv zu gestalten (vgl. BMSGKB 2021). Dass eine Verbesserung der Primärversorgung in Österreich notwendig ist, lässt sich ebenfalls an den hohen Zahlen der Krankenhauseinweisungen aufgrund von chronischen Erkrankungen inklusive Asthma und Diabetes feststellen. Hier braucht es weitgehend keine medizinische Behandlung im Krankenhaus, sondern können von dem*der Hausarzt*Hausärztin selbst behandelt werden. Da die Anzahl der Personen, welche mit einer oder sogar mehrerer chronischen Erkrankungen leben, zunehmend ansteigt, ist ein Ausbau der Primärversorgung von großer Wichtigkeit. Das Gesundheitsreformpaket von 2017 will durch multidisziplinäre Primärversorgungseinheiten die Primärversorgungskapazität ausbauen und damit eine Stärkung der Primärversorgung gewährleisten. Die Reform plante bis 2021 eine Etablierung von 75 Primärversorgungseinheiten in Österreich (vgl. OECD 2017).

Die vorhin genannten Primärversorgungseinheiten können als Primärversorgungsnetzwerke aber auch als Zentren etabliert werden. Bei Ersterem ist das medizinische Fachpersonal über eine Trägerorganisation verbunden und über mehrere Standorte verteilt, während das Zentrum sich nur an einem Standort befindet.

Jede Einheit besteht aus dem sogenannten Kernteam, zu welchem Ärzt*innen für Allgemeinmedizin, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*innen und Ordinationsassistent*innen zählen. Je nach Bedarf können Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendheilkunde in der Primärversorgungseinheit tätig sein und zum Kernteam gezählt werden.

Zusätzlich zum Kernteam gibt es die Möglichkeit, auch andere Gesundheits- und Sozialberufe in den Einheiten zu beschäftigen, welche allerdings nur auf Basis des Kernteams als Teil der Einheit agieren können. Zu diesen zusätzlich möglichen Professionen zählen beispielsweise folgende: Diätolog*innen, Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen, Hebammen, Psychotherapeut*innen, Psycholog*innen und Sozialarbeiter*innen.

Welche und wie viele weiteren Professionen neben dem Kernteam in der Primärversorgungseinheit beschäftigt werden, wird anhand der regionalen Erfordernisse und den verfügbaren Ressourcen abgestimmt (vgl. PVE 2020:104).

2.3 Soziale Arbeit im Primärversorgungszentrum

Wie im letzten Kapitel erwähnt, zählt die Soziale Arbeit nicht zum Kernteam der Primärversorgungseinheiten, sondern wird je nach Bedarf integriert. Somit stellt sie eine Erweiterung des Teams dar, wobei sie ihr eigenes Berufsbild in das Team einbringen und dadurch neue Arbeitsweisen ermöglichen. Der obds, Österreichische Berufsverband der Sozialen Arbeit, definiert das Berufsbild der Sozialen Arbeit folgendermaßen:

„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).

Grundlegend hierbei für die Profession sind die Prinzipien sozialer Gerechtigkeit, Menschenrechte, eine gemeinsame Verantwortung wie auch die Anerkennung der Vielfalt. Mit diesen Werten befähigt beziehungsweise ermutigt Soziale Arbeit Menschen dahingehend, die individuellen Herausforderungen zu bewältigen und gleichzeitig das Wohlergehen zu verbessern (vgl. ebd.).

Bezüglich der Arbeit in der Primärversorgung beschreibt der obds die Soziale Arbeit in folgende vier Punkten als relevant:

Spezifische Qualitäten und Leistungen:

Hierbei handelt es sich um Hilfestellungen in jeglicher Form wie Beratung, Informationsweitergabe oder Begleitung zu bestimmten Terminen. Dadurch wird eine psychosoziale Unterstützung für Personen in herausfordernden Lebenslagen zur Verfügung gestellt (vgl. obds 2017b:2).

Methodisches Vorgehen:

Hier wird in der Primärversorgung Wert auf eine Klient*innenorientierte und auf ihre Bedürfnisse angepasste Arbeit gelegt. Diese erfolgt im Zuge von einer fokussierten Kurzberatung, umfassende psychosoziale Problem- und Ressourcenanalyse und Krisenintervention /Gruppenintervention. Ein weiterer Punkt, welcher in der Primärversorgung von Bedeutung ist sind die Methoden des Casemanagements, welche unter anderem Folgende sind: Coaching, Hausbesuche, Einbeziehung des sozialen Umfeldes, Weitervermittlung sowie auch Monitoring bei längeren Fallverläufen (vgl. ebd.:3).

Ethische Standards:

Die ethischen Standards zeigen die für die Soziale Arbeit zu befolgenden Berufspflichten auf. Darunter fallen zum Beispiel:

- Wahrung der Menschenrechte
- Förderung von Selbstbestimmung
- Transparenz im Betreuungsprozess
- Schutz der Privatsphäre Verschwiegenheit außer die Sozialarbeiter*innen sind hiervon aus verschiedenen Gründen entbunden
- interdisziplinäre Kooperation mit anderen Professionen zur Verbesserung der Umstände
- keinerlei Missbrauch des beruflichen Verhältnisses

(vgl. ebd.:4).

Finanzierung und Bezahlung:

Sozialarbeiter*innen können in der Primärversorgung von sogenannten Anschubfinanzierungen finanziert werden, wie auch durch einen Sondertopf, welcher vom Bund bereitgestellt wird (vgl. ebd.:3).

2.4 Dokumentation

Das grundlegende Ziel einer Dokumentation ist, Informationen so vorzubereiten, zu strukturieren und konservieren, dass sie zukünftig verwendet werden können. In den letzten Jahren hat die Dokumentation durch die Digitalisierung eine Veränderung erfahren. Die analoge Form der Dokumentation wird immer mehr durch die digitale ergänzt beziehungsweise ersetzt. Die Signifikanz von Daten, insbesondere der Dokumentation, wird im professionellen Kontext immer deutlicher, da der Dokumentationsprozess den Grundstein für Erfolg darstellt (vgl. arcom 2021). 2021).

Zu dokumentieren beschreibt die Handlung, in der ein Vorgang ausschlaggebende Merkmale festhält, welche im Vorhinein festgesetzt werden können. Beispiele hierfür wären das Verhalten der Klientel, Ausführungen von Professionist*innen, Ablauf und Ergebnis einer Beratung wie auch das Festhalten der Inhalte von einem Klient*innengespräch (vgl. socialnet 2020).

Arten von Dokumentation

Dokumentation wird in drei Arten unterteilt, nämlich manuell, technisch unterstützt oder automatisch.

Bei erstgenannter manueller Dokumentation wirken Formulare für die Einheitlichkeit und Vollständigkeit förderlich. Diese Art der Dokumentation kommt allerdings nicht ausschließlich mit einer vorgeschriebenen Struktur vor. Somit zählen auch eigene Notizen, welche nicht in offiziellen Formularen eingegeben werden als Dokumentation (vgl. ebd).

Wenn die Dokumentation mithilfe von einer Software durchgeführt wird, spricht man von einer technisch unterstützten Dokumentation. Diese wird vorrangig bei der Patient*innen- oder Klient*innendokumentation angewendet. Durch die Software können einerseits Arbeitsschritte beschleunigt werden, wie beispielsweise bei der Übernahme der Stammdaten, andererseits auch Pflichtangaben erzwungen und Plausibilitätskontrollen automatisiert werden (vgl. ebd).

Die letzte Art ist die automatische Dokumentation. Sie beruht darauf, technisch messbare Werte zu erfassen. Ein Beispiel dafür wäre das automatische Einfließen der Vitaldaten in die elektronische Patientenakte (vgl. ebd).

Diese drei Formen der Dokumentation können durch Schriftform, welche die häufigste Form ist, wie auch durch Fotoprotokolle, Video, Audio und technische Messwerte festgehalten werden. Der Umfang kann ebenfalls verschieden ausfallen. Begonnen bei einem einzelnen Messwert bis hin zu einem Archiv (vgl. ebd).

Ziel der Dokumentation

Das primäre Ziel der Dokumentation ist einen Vorgang in der Vergangenheit plausibel für zukünftige Interventionen festzuhalten. Dem liegen verschiedene Interessen zugrunde:

- Korrekte Leistungserbringung:** Die Dokumentation stellt notwendige Informationen zur Verfügung, um passende Arbeitsschritte setzen zu können.

- Leistungsabrechnung:** Diese wird auf Grundlage der angeführten Dokumentation (Leistungszeiten, Qualifikation der Professionist*innen, erfolgte Verrichtungen) erstellt und somit die erbrachten Leistungen finanziell entlohnt.

- Schutz der Mitarbeitenden und des Unternehmens:** Die Dokumentation stellt ebenfalls eine Absicherung gegen Haftungsansprüchen und strafrechtlichen Vorwürfen dar. Infolgedessen können beispielsweise Vorwürfe eines angeblichen Fehlverhaltens durch die Dokumentation überprüft werden.

- Dokumentationspflichten:** Diese resultieren aus Leistungsvereinbarungen, Zuwendungsbestimmungen und Gesetzen.

- Forschungszwecke:** Gibt es ausführliche Dokumentation zu einer bestimmten Thematik, kann diese helfen, an neue Erkenntnisse zu gelangen. Dieser Punkt gewinnt vor allem durch das maschinelle Lernen in den letzten Jahren an Bedeutung hinzu. (vgl. socialnet 2020).

Die prinzipielle Vorgangsweise der fachlichen Dokumentation und damit auch der Sozialen Arbeit ist folgende:

- Wahrnehmen
- Beschreiben
- Interpretieren

Da wir es in der Sozialen Arbeit stets mit Individuen zu tun haben und damit mit lebenden Systemen, finden wir uns in der wie unten dargestellten Feedbackschleife wieder. Damit gibt es kein lineares und berechenbares Outcome, sondern ein aufgrund von Geschichten und Identitäten Unberechenbares, welches durch Feedback immer wieder überprüft wird und somit fortwährend einen Dokumentationszyklus aufweist (vgl. Alois Huber o.A).

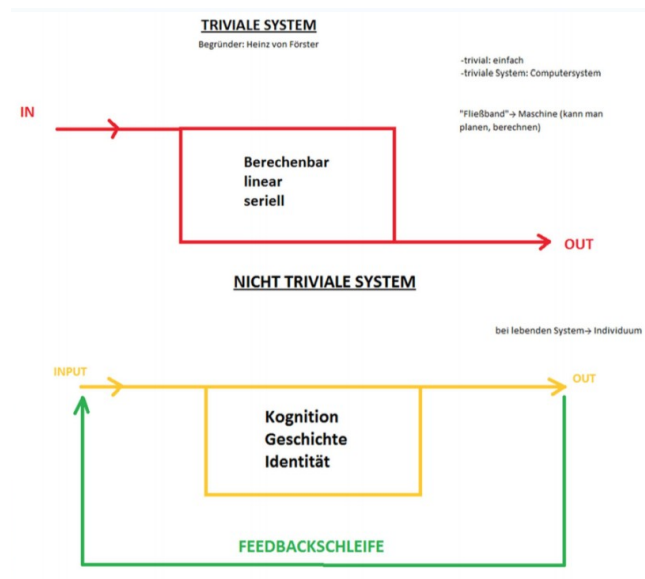


Abb1. Triviale versus nicht triviale Systeme

3 Erkenntnisinteresse

Das Kapitel des Erkenntnisinteresses hat jene Themen zum Inhalt, welche sich mit jenem Teil der Forschung vor der Erhebung der Daten und dem Bachelorprojekt beschäftigen. Anfangs werden das persönliche Forschungsinteresse und die Relevanz des Themas für die Soziale Arbeit erläutert. Der letzte Teil des Erkenntnisinteresses hat die Hauptforschungsfrage inklusive Detailfragen, welche für die Interviews formuliert wurden zum Inhalt.

3.1 Ausgangslage und individuelles Forschungsinteresse

Am Anfang des Semesters hatte ich noch keine Idee, in welche Richtung ich forschen möchte. Die Thematik der Primärversorgungszentren war mir zwar bereits aus dem ersten Semester bekannt, doch liegt dieses einerseits bereits einige Zeit hinter mir, andererseits wurde im Unterricht nicht über die Dokumentation der Sozialarbeiter*innen diskutiert. Dokumentation und ihre große Bedeutung wurde mir allerdings bereits in meinen Praktika bewusst. Einerseits ist sie für den Arbeitsverlauf wichtig, um den Überblick über das Geschehene zu behalten. Andererseits ist auch

die rechtliche Absicherung ein Grund für die Notwendigkeit einer professionellen Dokumentation. Allerdings gibt es einen Aspekt im Zusammenhang mit der Dokumentation in Primärversorgungszentren, welchen ich noch nicht kannte. Die Dokumentation in einem multiprofessionellen Kontext, in welchem jede Profession eigenständig handelt und somit eine gewisse Art von Team entsteht, in einem Fall jedoch nicht immer alle Professionen benötigt werden. Diese Komplexität stellt ohne Zweifel eine große Herausforderung an die Dokumentationsweisen der einzelnen Akteur*innen. Darum ist dies auch die Thematik, welcher ich mich annehmen will. In einer Einheit der Lehrveranstaltung wurde mir durch den Vortrag von Frau Frei und Herrn Prusa bewusst, dass die Art und Weise wie dokumentiert wird, ganz unterschiedlich sein kann. Doch wovon hängt dies ab? Da Primärversorgungszentren noch nicht lange in Österreich existieren, finde ich es spannend, gerade in der „Anfangszeit“ die Entwicklung der Dokumentationsweisen zu erforschen. Welche Strategien und Überlegungen stecken hinter dieser? Mein Interesse liegt in der Dynamik, die sich in jedem Zentrum verschieden entwickelt und somit ein anderes Vorgehen daraus resultieren kann. Diese möglichen Unterschiede und Überschneidungen will ich mit meiner zweiten Bachelorarbeit auf den Grund gehen, um damit auch einen kleinen Ausschnitt der Möglichkeiten bezüglich der Dokumentation aufzuzeigen.

3.2 Relevanz des Themas

Diese Arbeit hat insofern Relevanz für das Feld, da Dokumentation für die Sozialen Arbeit immer eine allgegenwärtige Thematik ist und somit auch in Primärversorgungseinheiten von Bedeutung ist. Des Weiteren ist das Feld der Primärversorgungseinheiten ein sehr junges Feld, welches bis dato noch nicht viel Forschung erfahren hat. Damit stellt diese Arbeit eine Pionierarbeit dar und soll einen Beitrag zur Forschung bezüglich der Sozialen Arbeit in Primärversorgungseinheiten leisten. Durch eine Gegenüberstellung der Herangehensweisen soll ein Mehrwert entstehen. Diese Forschung hat den Zweck die Diversität in einem einzelnen Feld sichtbar zu machen und aufzuzeigen, wie viele verschiedene Herangehensweisen der Dokumentation bestehen.

3.3 Forschungsfrage inklusive Detailfragen

Meine Hauptfragestellung bezieht sich auf die Herangehensweisen der Dokumentation der Sozialen Arbeiten in Primärversorgungszentren. Wichtig hierbei ist, dass ich nicht die Dokumentationsprogramme miteinander vergleiche, sondern mich auf die Art und Weise, warum, wie und was Sozialarbeiter*innen dokumentieren fokussiere. Es ist demnach von Bedeutung, die Dynamik bezogen auf die Dokumentation in den Primärversorgungseinheiten zu erheben, um hier den Ursprung und Legitimationen der Herangehensweisen zu ergründen. Die Subforschungsfragen gehen vertieft in die Materie ein und schaffen ein deutlicheres Bild der Richtung, in welche ich forschen will.

Hauptforschungsfrage:

- Woraus hat sich die sozialarbeiterische Dokumentation entwickelt und was beeinflusst die Umsetzung dieser in den Primärversorgungszentren?

Subforschungsfragen:

- Welche Vorschriften gibt es bezogen auf die Falldokumentation?
- Für wen ist die Dokumentation einsehbar und wie werden Informationen dokumentiert, die nicht eingesehen werden dürfen?
- Was wird von den Professionist*innen als Wichtigstes bei der Dokumentation angesehen?
- Wie oft und was haben Professionist*innen bei ihrer Dokumentationsweise im Laufe der Zeit geändert?
- Welche positiven beziehungsweise negative Veränderungen bezüglich der Dokumentationsweisen gab es im Laufe der Zeit?
- Wieso und wie können Professionist*innen ihre Dokumentationsweise ändern?
- Was wird als sofortige Verbesserung der Dokumentationsweise angesehen?

4 Forschungskontext

Dieser Teil der Arbeit befasst sich mit der Beschreibung und Eingliederung im Gesamtprojekt. Darauf folgt das Kapitel über die Art und Weise, wie der Zugang zu dem Feld, welches erforscht werden soll, gelungen ist.

4.1 Teil des Projekts

4.1.1 Ausgangslage Gesamtprojekt:

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

Ziel des Projektes ist die Erforschung der Ist-Situation sowie die Weiterentwicklung von Grundlagen der Dokumentation für Sozialarbeiter*innen in der Primärversorgung (vgl. Fh St.Pölten o.A.).

¹Die Beschreibung des Projektes wurde von der Projektgruppe gemeinsam verfasst und dann in die einzelnen Arbeiten integriert.

4.1.2 Die Integration meines Projektes in das Gesamtprojekt:

Meine Bachelorarbeit bezieht sich rein auf die persönlichen Erfahrungen und Einschätzungen der Dokumentation in Primärversorgungszentren von Sozialarbeiter*innen. Somit liegt der Fokus darauf, wovon und wie die Herangehensweisen der sozialarbeiterischen Dokumentation beeinflusst wird. Da die Thematik der Primärversorgungszentren in Österreich für die Soziale Arbeit ein relativ junges Handlungsfeld darstellt, versuche ich die gesamten Entwicklungsverläufe zu eruieren, um diese im Nachhinein miteinander zu vergleichen. Um dies zu erreichen, müssen die gegebenen Rahmenbedingungen wie auch die subjektiven Einschätzungen bezüglich der früheren wie auch der jetzigen Dokumentationsweise erfragt werden. Da die Sozialarbeiter*innen in einem Primärversorgungszentrum einen Teil des multiprofessionellen Teams darstellen, wird während der Interviews ebenfalls darauf eingegangen. Wichtig hierbei ist die Art und Weise des Austausches zwischen den verschiedenen Professionen und die dadurch möglichen Auswirkungen auf die sozialarbeiterische Dokumentation.

Damit beschäftigt sich meine Bachelorarbeit mit der Dokumentation sozialarbeiterischer Betreuungsprozesse und wie diese von den Professionist*innen der Sozialen Arbeit wahrgenommen wird.

4.2 Feldzugang

Da diese Arbeit im Zusammenhang eines Gesamtprojektes steht und zusätzlich im Vergleich zu anderen Feldern der Sozialen Arbeit nicht viele Sozialarbeiter*innen in diesem tätig sind, bedarf es einer guten Organisation. Hierfür traf sich unsere Projektgruppe via eines Zoommeetings, um sich einen Überblick über die notwendigen Quellen zu verschaffen. Ich fokussiere mich hierbei allein auf die Soziale Arbeit als Profession und führte insgesamt zwei Interviews mit Sozialarbeiter*innen. Der Zugang zu den Interviewpartner*innen wurde folgendermaßen koordiniert: Unsere Projektgruppe sammelte alle möglichen Kontakte, welche für die verschiedenen Bachelorarbeiten relevant sind (für mich sind wie erwähnt, nur Sozialarbeiter*innen von Interesse) und schaffte sich somit einen Überblick über die Anzahl der gebrauchten Professionist*innen. Die Kontakte für die Sozialarbeiter*innen in einem Primärversorgungszentrum haben wir über die „Versorgungskarte: Forum Primärversorgung“ bekommen. Da wir bereits durch davor bestehende Gruppen unsere Leitfäden abgeglichen und teilweise bereits „fusioniert“ haben, gelang eine schnelle Zuteilung der einzelnen Professionist*innen zu den Projektgruppenmitgliedern. Ich habe mich aufgrund der deckenden Interessen in unseren Leitfäden mit einer Projektteilnehmerin zusammengeschlossen und mit ihr zwei Sozialarbeiter*innen interviewt.

5 Forschungsdesign

Die Interviews wurden mithilfe eines Leitfadens durchgeführt, welches hier genauer erläutert wird. Aufgrund der derzeitigen Sars-Cov-2 Pandemie wurde die Forschung bereits darauf ausgelegt, die Interviews via Zoomkonferenz abzuhalten, um den persönlichen Kontakt so weit wie möglich einzuschränken. Für die Möglichkeit der Verwendung einer Audioaufnahme wurde von den interviewten Personen eine Datenschutzgrundverordnung unterschrieben. Danach wird das Setting und die Durchführung wie auch die Analysemethoden des Offenen Codierens beschrieben.

5.1 Leitfadeninterview

Die Daten für meine Bachelorarbeit werden im Zuge von Leitfadeninterviews erhoben. Hier wäre eine Konstellation von Sozialarbeiter*innen aus zwei bis drei verschiedenen Primärversorgungszentren vorgesehen.

Ich habe mich für die Variante des Leitfadeninterviews entschieden, da ich gezielte Fragen an meine Interviewpartner*innen habe und dies außerdem für die Interviewführung mit meiner Kollegin am einfachsten zu koordinieren ist. In meiner ersten Bachelorarbeit habe ich bereits Erfahrungen bezüglich des narrativen Interviews wie auch dem Leitfadeninterview gesammelt und sehe mich dahingehend als geübt.

Im Leitfadeninterview werden jene Fragen vorbereitet, welche relevant für das zu erforschende Thema erscheinen und zu einem Leitfaden zusammengefügt. Dieser soll bei der Orientierung während des Interviews helfen, ist allerdings nicht als fixe Vorgabe anzusehen, sondern lediglich als Stütze. Das wesentliche Ziel ist die Sichtweise des*der Interviewpartner*in zu erfragen und dadurch einen Dialog entstehen zu lassen. Das Leitfadeninterview ist allerdings nicht mit einem Fragebogen zu verwechseln, bei welchem es keine Vorgaben für mögliche Antworten gibt. Beim Leitfadeninterview steht die freie Rede im Vordergrund, in welchem bei Bedarf für ein besseres Verständnis genauer nachgefragt werden kann. Wann und wie nachgefragt wird, ergibt sich erst im Zuge der Interviewsituation. Die am häufigsten gestellten Frageformen sind offene Fragen wie auch halbstrukturierte Fragen. Vereinzelt können auch strukturierte Fragen gestellt werden, diese sollten jedoch weniger oft verwendet werden als die beiden zuvor erwähnten. Von besonderer Bedeutung ist es, an den richtigen Stellen nachzufragen und alle Interviewfragen einfließen zu lassen. (vgl. Flick 2009:113-115).

In einem Experteninterview, auf welchen der Ergebnisteil aufgebaut ist, ist die interviewte Person von weniger großer Bedeutung als deren das Feld betreffende Fachwissen. Darum werden tendenziell mehr gezielte Fragen gestellt, um Faktenwissen zu generieren als bei einem Interview mit einem*einer Patient*in, bei welchem überwiegend offene Fragen gestellt werden würden (vgl. ebd).

Flick, Uwe (2009): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BAStudiengänge. Originalausgabe, Reinbek: Rowohlt Verlag GmbH

5.2 Setting und Durchführung

Vor dem Interview wurden alle interviewten Personen über die Datenschutzgrundverordnung aufgeklärt und um ihr schriftliches Einverständnis zu der Audioaufnahme des Interviews für Forschungszwecke gebeten. Diese mündliche Einverständniserklärung wurde, wie auch in schriftlicher Form durch die Einwilligungserklärung der Fachhochschule St. Pölten bestätigt. Des Weiteren wurde ihnen der Ablauf des Interviews erläutert, wie auch, dass mit all ihren Angaben vertraulich und anonymisiert umgegangen wird.

Das erste Interview fand am 15. Februar 2021 um 14:00 via Zoommeeting statt und dauerte eine Stunde acht Minuten und 16 Sekunden.

Das zweite Interview fand am 09. März 2021 um 17:00 persönlich statt und dauerte eine Stunde, 14 Minuten und 41 Sekunden.

5.3 Offene Kodieren

In dieser Arbeit habe ich vor, das Offene Kodieren als Auswertungsmethode zu verwenden. Es ist ein Teil der „Grounded Theorie“ und hat zum Ziel Konzepte aufzustellen, um sie anschließend zu analysieren. Durch die Vorgangsweisen beim Offenen Kodieren können neue Blickwinkel entstehen und damit die vorherigen Aussagen in ein neues Licht gerückt werden.

Das Offene Kodieren hat zum Ziel, den vorliegenden Text zu analysieren, indem die Daten untersucht werden, um die sogenannten Konzepte benennen und kategorisieren zu können. Die grundlegenden analytischen Verfahren haben folgende zwei Ziele. Einerseits werden die Daten verglichen, andererseits werden sie hinterfragt, um die möglichen verschiedenen Bedeutungen herauszuarbeiten (vgl. Strauß / Corbin 1996:44).

Der erste Teil der Analyse stellt die Konzeptualisierung dar. Einzelne Sätze oder Satzteile wie auch einzelne Wörter gelten als Rohdaten der Analyse, welche im ersten Schritt konzeptualisiert werden. Damit wird erreicht, dass alle Rohdaten aufgrund des Konzepts eine Überschrift erhalten, um einen Überblick über die in den Rohdaten vorhandenen Phänomene zu schaffen und Gemeinsamkeiten dieser unmittelbar zu erkennen. Dies ist der erste bedeutende Schritt, ohne welchen alle auf ihn folgenden Schritte nicht verrichtet werden könnten (vgl. ebd.:45).

Darauf folgt der zweite Teil mit dem Aufbruch der Daten in einzelne Teile, welche Eigenschaften und Dimensionen genannt werden. Dies ist notwendig, um die Daten zu untersuchen und um Gemeinsamkeiten und Differenzen zwischen den Konzepten herauszuarbeiten. Die oben erwähnten Eigenschaften sind somit die Charakterzüge des Konzeptes, während die Dimensionen eine Anordnung einer Eigenschaft infolge eines Zusammenhangs darstellen. Der zweite Teil der Analyse ist somit die Grundlagen, um darauffolgend die Beziehungen zwischen Konzepten erkennen und ermitteln zu können. Durch dieses untersuchende Verfahren werden die Konzepte einerseits hinterfragt und andererseits die eigenen und von außen angenommenen Vorannahmen berücksichtigt und gegenübergestellt. Dies hat zum Ziel neue Entdeckungen zu machen und die vorherigen Propositionen neu zu interpretieren (vgl. ebd.:50-51).

Am Ende der Analyse werden die entwickelten Konzepte in einem Memo ausformuliert (vgl. ebd.:54).

Ich habe mich für diese Auswertungsmethode entschieden, da ich diese bereits in meiner ersten Bachelorarbeit angewendet habe und dadurch ihren Mehrwert durch eigene Ausführung erfahren durfte.

Ich sehe es in dieser Forschung als sehr nützlich, einzelne Wörter zu analysieren und zu hinterfragen, da selbst ein Wort mehrere Dimensionen von Interpretationen zulässt. Durch die verschiedenen Aufschlüsselungen in Konzept, Eigenschaften, Dimensionen und Memo wird Schritt für Schritt das Gesagte zerlegt und schafft damit die Möglichkeit, über die Inhalte genauer zu reflektieren und lässt neue Interpretationen zu. Die Spalte des Konzeptes erleichtert außerdem die Gliederung der Ergebnisse (vgl. ebd.:44-54). Diese können hilfreich für das Ergebniskapitel sein, um eine Bündelung der zusammenpassenden Aussagen in einem Kapitel zu generieren. Des Weiteren besteht die Möglichkeit, Thematiken zu entdecken, welche davor nicht sichtbar waren und nur durch die genaue Auseinandersetzung zum Vorschein kommen. Dies stellt einen Mehrwert für die Forschung dar, selbst Aussagen, welche zuvor übersehen wurden, in die Ergebnisse aufzunehmen.

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

6 Forschungsergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der eigenen Forschung durch die eigens durchgeführten Interviews dargestellt und durch die im Kapitel 5.3 beschriebene Auswertungsmethode des Offenen Codieren fragmentiert und analysiert. Die Ergebnisse sind nicht als allgemeingültige Aussagen zu verstehen, sondern sind persönliche Interpretationen der erhobenen Daten. Diese Interpretationen sind Grundlage für die darauf aufgestellten Hypothesen bezüglich der Beantwortung der Forschungsfrage. Es werden demnach die Unterschiede herausgearbeitet, wie die individuellen Herangehensweisen der Sozialarbeiter*innen in Primärversorgungszentren zustande gekommen sind und wie sie diese verbessern wollen würden. Zusätzlich werden Hypothesen bezüglich der möglichen Gründe zusammengefasst. Daraus entstehen schlussendlich Folgerungen aufgestellt, wie die Dokumentation in den Primärversorgungszentren in Zukunft weiterentwickelt werden kann, um ein effizienteres Arbeiten zu gewährleisten.

Um die Anonymität der Interviewpartner*innen zu bewahren, werden alle Aussagen, welche auf die Identität hinweisen könnten, anonymisiert.

6.1 Vorschriften der Falldokumentation

Bei der Auseinandersetzung mit der Herangehensweise an die sozialarbeiterische Dokumentation stellte sich die Frage, ob es eine zwingend einzuhaltende Vorschrift diesbezüglich gibt.

„Also wir haben gar keine Vorgaben, was die Dokumentation betrifft, sondern wir waren eingeladen, unsere Vorstellungen einzubringen (...) welche Art der Dokumentation wir gerne hätten(.)“ (T15 Z72-74).

In diesem Interview wurde beschrieben, dass es keine Vorgaben bezüglich der Dokumentation im Primärversorgungszentrum gäbe, sondern die Professionen bei der Gestaltung selbst mitwirken konnten. Somit kann angenommen werden, dass es keine auferlegten Regeln vonseiten des

Primärversorgungszentrum gab und gibt, sondern sich jede Profession autark mit ihrer Dokumentation auseinandersetzt, wie und was dokumentiert wird.

Des Weiteren wären die EDV-Rahmenmöglichkeiten gemeinsam ausgearbeitet worden und könnten somit einen gewissen Rahmen für die multiprofessionelle Dokumentation bieten (vgl. T15 Z74-77). Respekt vor den unterschiedlichen Berufsgruppen waren hierbei ebenfalls richtungsweisend. Es wurde auf die individuellen Wünsche eingegangen und dadurch ein gemeinsames Dokumentationskonzept erstellt. Hierbei waren laut Aussagen meines*meiner Interviewpartner*in die bestehenden Berufspflichten wie auch die Berufsstandards ausschlaggebend und wurden in die Überlegungen miteinbezogen (vgl. T15 Z93-96).

„Also man hätte uns keine Vorgaben gemacht“ (T15 Z92-93).

Es kann davon ausgegangen werden, dass Vorgaben bezüglich der Dokumentationsweise in der Entwicklung keine Rolle spielten, sondern stets die Anregungen wie auch Ansprüche der Professionen geachtet wurden. Die Professionen im Primärversorgungszentrum und damit auch die Soziale Arbeit arbeiten somit mit einem System, welches sie selbst entwickelt haben. Inwieweit dies Auswirkungen auf das Dokumentieren in einem multiprofessionellen Team hat, wird im folgenden Kapitel erläutert.

Bezüglich Vorschriften des Primärversorgungszentrum gegenüber der sozialarbeiterischen Dokumentation hat mein*e zweiter*zweite Interviewpartner*in folgende Aussage getroffen:

„(I)ch (bin) als Sozialarbeiter der Stadt XY sozusagen formal verliehen an das Premierversorgungszentrum. (...) (D)as ist führt zu einer sehr großen Freiheit für mich ich muss für die Stadt XY nichts dokumentieren.“ (T16 Z21-23).

Es scheint eine gewisse Unabhängigkeit zwischen Sozialer Arbeit und des Primärversorgungszentrum oder Stadt zu bestehen, wobei es aus seiner*ihrer Sicht eine von ihm*ihr formulierte Freiheit bestünde, was dokumentiert wird und was nicht. Es gibt demzufolge keine auferlegten Regeln bezüglich der Art und Weise, wie dokumentiert wird und welche Inhalte diese beinhalten muss.

Des Weiteren wurde das Bewusstsein eines fehlenden Berufsgesetz geäußert und die damit aus seiner*ihrer Sicht nicht vorhandene Verpflichtung zu dokumentieren. (vgl. T16 Z32-34). Nur wenn es rechtlich für ihn*sie notwendig erscheint, sieht er*sie sich dazu angehalten dies in einer gesonderten Worddatei schriftlich festzuhalten (vgl. T16 Z25-27). Hierbei werden ein weiteres Mal formale Gegebenheiten angesprochen, welche eine gewisse Freiheit gewährleisten können. Die Einschätzung, welche Vorkommnisse als notwendig für die Dokumentation angesehen werden, werden laut ihm*ihr nicht von außen vorgegeben, sondern kann aufgrund persönlicher Beurteilung erfolgen.

6.2 Transparenz der Dokumentation

6.2.1 Dokumentation im Austausch mit anderen Professionen

Beschäftigt man sich genauer mit der Transparenz der Dokumentation von Sozialarbeiter*innen in einem Primärversorgungszentrum, dann kommt schnell die Thematik der Multiprofessionalität zur Sprache. In wie weit beeinflusst nun die Zusammenarbeit mit anderen Professionen die Art und Weise, wie Sozialarbeiter*innen dokumentieren?

„(D)as zweite was sie jetzt genannt haben (die Dokumentation für die anderen Professionen; d. Verf.) (nimmt) mehr als 90% aller Zeit ein (...)“ (T16 Z32).

Durch diese Aussage kann angenommen werden, dass durch die Arbeit mit anderen auch nicht sozial ausgebildeten Gesundheitsberufen die Dokumentation für diese zusätzliche Zeit aufgebracht wird. Da durch Dokumentation aufgezeigt wird, was der*die Sozialarbeiter*in getan hat, wird diese Form des Austausches als wichtig angesehen (vgl. T16 Z82-83). Damit kann eine gewisse Auswirkung des multiprofessionellen Teams auf die Dokumentationsweise interpretiert werden. Es wird in beiden Interviews eine Selbstbestimmtheit erkennbar, was für dokumentiert wird und wie sehr für die anderen Berufsgruppen mitdokumentiert wird (vgl. T16 Z32-35).

„(D)a gibt es eine ganz große Autonomie. Also wir würden wahrscheinlich nicht, also ich würde nicht einer anderen Berufsgruppe sagen wollen, wie sie dokumentieren soll.“ (T15 Z100-102).

Es zeichnet sich zusätzlich eine Selbstbestimmtheit der Sozialarbeiter*innen bezüglich ihrer Dokumentation ab, sobald eine direkte Veränderung in die Dokumentationsweise vorgeschlagen wird.

Ein*e Interviewpartner*in sprach von Stimmen in den Besprechungen des Teams, welche nach der Dokumentation eines Zwischenberichts fragten (vgl. T15 Z110-114). Demnach kann zwar einen Austausch, welche Inhalte in der Dokumentation vorkommen sollen, errahnt werden, aber dies zeigt nicht an, ob diesen Stimmen nachgegangen wird. Ebenfalls erkennbar wird in diesem Zusammenhang eine gewisse Skepsis bezüglich des Verständnisses der Dokumentation. Sie solle eine wechselseitige Informationsbereitstellung sein, nicht allerdings als Pflicht angesehen werden (vgl. T15 Z114-119). Des Weiteren wurde folgendes im Interview ausgesagt:

„(A)llen anderen Beschäftigtengruppen (steht) der sozialarbeiterische Teil (zur Verfügung).“ (T15 Z21-22).

Die Tatsache, dass alle Einsicht in die Dokumentation der Sozialen Arbeit haben, hat das auch Auswirkungen auf das Teamgefüge. Da die einzelnen Fallverläufe und deren Zwischenberichte für alle einsehbar sind, kann von einem gewissen Vertrauen innerhalb des Teams ausgegangen werden.

Der*Die Sozialarbeiter*in sprach davon, dass es keine Blackbox in dem Sinne gäbe, sondern die Professionen Zugriff haben, wenn sie etwas nachschauen wollen. Und eben dieser Umgang macht etwas mit jeder einzelnen Person im Team (vgl. T15 Z482-486). Wie bereits erwähnt wird die Dokumentation auch in den Großteams besprochen und hier fragte die Soziale Arbeit immer wieder nach, welche Details die anderen Professionen wissen wollen würden. Bis auf das wie oben erwähnte Beispiel, kam hierbei allerdings als Antwort, dass die Dokumentation nicht durchgelesen wird und somit keine neuen Anforderungen gestellt werden. Er*Sie sieht in Hinblick auf die Dokumentation die Soziale Arbeit als besonders bemüht an und meint, dass es schon ein Anliegen ist den Prozess zu verfolgen und wie der Austausch funktioniert (vgl. T15 Z697-706).

Neben der schriftlichen Dokumentation wird zusätzlich des Öfteren auch der persönliche Austausch angesprochen, sodass ich diesen nicht aus meiner Arbeit herausnehmen möchte. Je nachdem wie der mündliche Austausch funktioniert, hat dieser auch Auswirkungen darauf, wie und ob dokumentiert wird, wie durch die nachstehenden Aussagen ersichtlich geworden ist.

„Von besondere Bedeutung bleiben die persönlichen Kontakte vor allem das Besprechen ah des Fallverlaufs“ (vgl. T16 Z55-56).

Laut diesem Interview wird die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen sehr wohl als bedeutend angesehen, wobei der mündliche Austausch einen eigenen Stellenwert besitzt. Es kann auch davon ausgegangen werden, dass er für den alltäglichen Ablauf in einem Primärversorgungszentrum wichtiger als die schriftliche Dokumentation. Ähnliche Anmerkungen wurden auch beim anderen Interview geäußert. Hier diskutierten Sozialarbeiter*in und Ärzt*in in wie weit es sinnvoll wäre, gewisse Details in die Dokumentation einzuführen.

Wenn beispielsweise beim Termin bei dem*der Sozialarbeiter*in medizinische Probleme erkennbar werden, würde dies einerseits mit den*der Klientin behandelt werden, im Sinne davon, dass sie das ärztliche Angebot in Anspruch nehmen können. Andererseits erfolgt der Austausch mit den Gesundheitsprofessionen mündlich und nicht in schriftlicher Form über die Dokumentation (vgl. T15 Z437-438). Der*Die Sozialarbeiter*in würde laut eigenen Angaben keine medizinischen Details hineinschreiben, da für er*sie sich in der Dokumentation allein auf das Befinden, Schlaf, Dynamiken etc. im Leben der Klientel konzentriert. Für die Weitergabe von medizinischen Fakten würde er*sie wie bereits erwähnt die passende Profession dem*der Klienten*Klientin empfehlen oder sie persönlich aufsuchen (vgl. T15 Z425-430). Dass die verbale Kommunikation vor allem für die gegenseitige Zuweisung wichtig ist, könnte daran liegen, dass in einem Zentrum ein multiprofessionelles Team arbeitet und somit manche Schritte schneller verbal als schriftlich passieren.

Ebenso verhält es sich mit der Einführung eines Sozialanamneseblatt. Dies würde aus ärztlicher Sicht nicht notwendig sein, da wenn er*sie bemerken würde, dass private Vorfälle Auswirkungen auf die Gesundheit der Patient*innen haben, dann würde er*sie den*die Sozialarbeiter*in fragen und nicht in seine*ihre Dokumentation hineinschauen (vgl. T15 Z614-621). Hier wird ein weiteres Mal deutlich, dass ein Teil der Kommunikation nicht über die schriftliche Dokumentation passiert, sondern im persönlichen Gespräch. Es scheint, als würde in manchen Situationen ein rein schriftlicher Austausch die Zusammenarbeit erschweren. Wenn Informationen von dem*der Sozialarbeiter*in für andere Professionen von Interesse sind, dann fragen diese nach und suchen sie nicht in der Dokumentation.

6.2.2 Verfahren, wenn die Dokumentation nicht eingesehen werden soll

Im vorherigen Kapitel wurde besprochen, wie der Austausch über die Dokumentation gehandhabt wird. Nun wollen wir uns den Inhalten widmen, bei welchen die Sozialarbeiter*innen nicht wollen, dass sie für andere Professionen ersichtlich sind. Gibt es überhaupt diese Inhalte und wenn wie wird mit ihnen umgegangen?

„Die gibt's es gibt die Sachen die ich nicht den Computer eingeben möchte die gebe ich nicht in den Computer ein“ (T16 Z19-20).

Diese Aussage zeigt, dass der*die Sozialarbeiter selber darüber verfügen kann, welche Informationen er*sie in der Dokumentation festhält und welche nicht. Es scheint keinen Zwang diesbezüglich zu geben. Zusätzlich kann angenommen werden, dass keine verschlüsselte Eingabe erfolgt, sondern gar keine, falls der*die Sozialarbeiter*in gewisse Angaben nicht dokumentieren will.

Allerdings gibt es sehr wohl eine Methode der Kommunikation, um empfindliche Daten auszutauschen. Diese stehen, wenn im Mailverkehr zwischen Sozialarbeiter*in und Ärzt*in. Dies sei in der Praxis eine gängige Arbeitsweise, um gewisse Informationen nicht dokumentieren zu müssen. Dies hat hingegen laut Sozialarbeiter*in weniger mit der Dokumentation an sich zu tun, sondern eher mit dem wichtigen multiprofessionellen und interdisziplinären Austausch (vgl. T16 Z264-273). Eine ähnliche Herangehensweise hat mein*e zweiter*zweite Interviewpartner*in. Diese*r sagt folgendes über Daten, welche nicht von anderen Professionen eingesehen werden sollen:

„(D)as heißt natürlich, dass ich besonders heikle Dinge nicht dokumentiere oder nur verschlüsselt dokumentiere.“ (T15 Z19-20).

Hier wird ebenfalls deutlich, dass der*die Sozialarbeiter*in selber über den Inhalt der Dokumentation entscheiden kann und dadurch auch Informationen nicht dokumentieren muss, falls er*sie dies nicht will. Es gibt im Gegensatz zur ersten Aussage eine Ergänzung. Nämlich gibt es laut der Aussage der interviewten Person die Möglichkeit besonders heikle Angaben auch verschlüsselt zu dokumentieren. Diesbezüglich wäre es interessant wie diese verschlüsselte Dokumentation aussieht und durchgeführt wird. Dieses Thema betreffend wird im Zuge des Interviews genauer nachgefragt wobei nachstehendes angegeben wurde:

„(I)ch dokumentiere da drinnen, aber ich dokumentiere nur Andeutungen, Abkürzungen oder so irgendwas, also wenn es da um sehr, weiß ich nicht, ich habe eigentlich noch kaum was, ja, wenn es um irgendwelche Querverbindungen geht oder wenn es um Kommentare über Ärzte geht oder sonst irgendwas, also es gibt das eine oder andere Informationsitem, das ich dann quasi verklausuliert da reinschreibe und manche Dinge schreibe ich gar nicht rein.“ (T15 Z25-30).

Es kann aufgrund dieser Aussage auf einen eigenen Dokumentiercode rückgeschlossen werden. Es wird betont, dass in der Software selbst dokumentiert wird, allerdings in einer Schreibweise, welche nicht für alle entzifferbar ist. Damit wird ihm*ihr zufolge die Information verklausuliert oder wie bereits davor beschrieben gar nicht dokumentarisch festgehalten.

6.3 Wie wird dokumentiert und wo sind Grenzen der Einsicht von der sozialarbeiterischen Dokumentation?

Das nächste Kapitel beschäftigt sich damit in wie weit Einsicht in die sozialarbeiterische Dokumentation genommen werden darf, wo die Grenzen seitens der Professionist*innen gezogen werden und warum. In wie weit haben demnach die Grenzen Auswirkungen was und wie dokumentiert wird?

In beiden Interviews wurden ähnliche Aussagen getroffen. Die Art und Weise der Dokumentation zeigt zwischen den Berufen keine Unterschiede. Dennoch gibt es eine Berufsgruppe, welche ein strengeres Gesetz befolgen muss als alle anderen, welche im Team eines Primärversorgungszentrums arbeiten.

„(W)ir dokumentieren alle auf die gleiche Art und Weise in diesem Arztdokumentationssystem. Es gibt aber Gesundheitsberufe die noch zusätzlich dokumentieren wie eben die Psychologinnen sind bei uns drei Frauen und diese Zusatzdokumentation führen die wiederum für ihre Herkunftsorganisation durch für die GFSG die Gesellschaft für seelische Gesundheit und dazu sind sie von Berufs wegen und auch über ihren Dienstgeber GFSG auch verpflichtet und in diese haben wir keine Einsicht und möchten wir auf keine Einsicht.“ (T16 Z244-248).

„Genau, genau. Also bei uns gibt es keinen Unterschied, äh, also es gibt einen Unterschied, nämlich den, dass die Psychotherapeutin, die hat ja ein strengeres Berufsgesetz“ (T15 Z13-15).

Beide Interviewpartner*innen erwähnen hier eine völlig gleiche Dokumentationsweise, wobei die einzige Ausnahme die Psychotherapeut*innen seien welche entweder ein strengeres Berufsgesetz oder gegenüber einer anderen Organisation eine Verpflichtung haben. Dies lässt eine Gleichstellung der Sozialen Arbeit gegenüber den anderen in einem Primärversorgungszentrum agierenden Professionen bezüglich der Dokumentation vermuten. Da es offensichtliche Ausnahmen gibt, welche zumindest in dem genannten Beispiel von außerhalb des Zentrums kommt, scheint die Soziale Arbeit keine Auflagen von anderen Stellen zu bekommen. Da es scheinbar Informationen gibt, welche von den Sozialarbeiter*innen nicht zum Inhalt der Dokumentation gemacht werden, stellt sich die Frage wie sie diese von anderen dokumentierbaren Informationen unterscheiden.

„(D)ie Grenze ist sozusagen wenn einer dieser Gesundheitsberufe da zähle ich jetzt uns oder mich dazu sagt da sind jetzt Informationen die möchte ich festhalten und ich möchte verhindern, dass andere darauf zugreifen, das gibt es schon, aber ich benutz das eher selten ich versuch das eher sehr transparent zu leben. Ich schreib auch Informationen die sehr heikel sind einfach nicht auf, um den Klienten zu schützen(...)“ (T16 Z251-255).

In dieser Aussage können zwei Grenzkriterien entnommen werden. Einerseits gibt es jene Information die aus verschiedenen Gründen nicht von anderen gesehen werden sollen, andererseits spielt der Schutz der Klient*innen eine Rolle. Ersteres kann dadurch, dass nicht näher darauf eingegangen wird, bedeuten, dass der*die Sozialarbeiter*in verschiedene Motivationen haben könnte, Informationen nicht schriftlich festzuhalten. Zweiteres hingegen ist dahingehend konkret beschrieben, dass es sich rein um den Schutz des Klientel handle.

„Ich habe da keine ausformulierten Grenzen. Ich würde glauben, es wird wahrscheinlich auch Personen, das ist eine schwierige Frage. Und noch dazu, wo ich dann manchmal auch schwanke, weil ich mir denke, okay, muss ich mir das Item jetzt, ist das jetzt wichtig, muss ich mir das jetzt aufschreiben, um es nicht zu vergessen versus lege ich es damit, wird es damit öffentlich (...)“ (T15 Z227-231).

Im Gegensatz zur vorherigen Aussage, gibt es hier die Anmerkung, dass es keine direkt ersichtlichen Grenzen gäbe. Der*Die Sozialarbeiter*in ist scheinbar selber manchmal nicht sicher und muss für jede Situation für sich entscheiden, welche Informationen von anderen eingesehen werden dürfen und welche nicht.

6.4 Inhalte der Dokumentation

Welche Inhalte zählen für die Sozialarbeiter*innen als dokumentationsrelevant und finden sich somit prinzipiell in einer Dokumentation wieder?

In einem der zwei Interviews werden zum einen die Art von Terminen dokumentiert, welche mit Codes abgekürzt werden (vgl. T16 Z7-13). Zum anderen steht auch nachstehendes im Fokus:

„(I)ch schau eigentlich darauf das ist das Augenmerk das andere im Zentrum in etwa wissen wie die Fallbearbeitung steht und was ich gemacht habe.“ (T16 Z23-25).

Es wird in dieser Aussage hervorgehoben, dass besonders die Informationsweitergabe an die anderen Professionen im Vordergrund steht. Es kann daher angenommen werden, dass der*die Sozialarbeiter*in nicht vorrangig für sich selber dokumentiert, sondern für die weiteren Professionist*innen, um seine*ihre Arbeit transparent zu gestalten.

Des Weiteren wird die Dokumentation auf das Wesentlichste was den*die Patient*in betrifft heruntergebrochen. Diese Inhalte sind wie sie dokumentiert werden, laut eigenen Angaben, sehr reduziert (vgl. T16 Z454-455).

Die Sichtbarmachung der eigenen Tätigkeiten ist im anderen Interview ebenfalls Thema:

„Das heißt, wir wollen, dass zwar unsere Aktivitäten (...) soll sichtbar sein, aber die Details sollen nicht auf den ersten Blick sichtbar sein. Und wir haben jetzt eben, also mit diesem zweiten Layer eine Variante gefunden, dass das sozusagen unsere Interventionen quasi und mein Zeitaufwand sichtbar ist.“ (T15 Z79-82).

Hier soll allerdings die Transparenz erst auf zweiten Blick sichtbar sein. Um dies zu erreichen gibt es ein sogenanntes zweites Layer, in welchem dann die Aufzeichnungen über die Interventionen und der dazu benötigte Zeitaufwand des*der Sozialarbeiter*in festgehalten ist. Hierbei hat der*die Sozialarbeiter*in auch ein eigenes System entwickelt, wie er*sie in Kurzschrift dokumentiert.

„Raute heißt für mich, ich habe etwas besprochen. Das ist quasi ein Themenmarker und Stern heißt, ich habe etwas vereinbart.“ (T15 Z804-806).

Des Weiteren ist es für einen*eine Interviewpartner*in notwendig die eigenen Aktivitäten aufzuzeichnen, um sich auch rechtlich abzusichern. Dies geschieht allerdings in einer Worddatei, abgesondert von der restlichen Dokumentation (vgl. T16 Z25-28).

6.5 Was wird von den Sozialarbeiter*innen bei der Dokumentation als besonders relevant angesehen

Des Weiteren für die Forschungsfrage interessant ist, was für die Sozialarbeiter*innen in einem Primärversorgungszentrum als Wichtigstes beim Dokumentieren angesehen wird. Wie bereits erwähnt wurde liegt die Verantwortung vor allem bei den Professionist*innen. Daher könnten jene Themen, die für sie als besonders wichtig gelten, die Dokumentationsweise beeinflussen.

Bei einem der zwei Interviews wurden besonders zwei Inhalte als gegeben angegeben und sind für diesen*diese Sozialarbeiter*in generell Bestandteil ihrer professionellen Dokumentation.

„(F)ür mich persönlich in der Beratung gibt es zwei Dinge, die wichtig sind. Das eine ist sozusagen Faktenwissen festzuhalten, ein schon erarbeitetes Faktenwissen und das zweite ist O-Töne festzuhalten.“ (T15 Z151-153).

Laut eigenen Angaben hat die interviewte Person diese Herangehensweise diese Herangehensweise von ihrer vorherigen beruflichen Tätigkeit übernommen. Die sogenannten O-Töne oder auch als Originalzitate beschreibbar, dienen vor allem der Einschätzung des momentanen Zustandes der Klientel. Wie nimmt diese selber ihre derzeitige Situation wahr und wie verändert sich diese im Laufe der sozialarbeiterischen Betreuung? Das schriftliche Festhalten dieser Momente macht es für den*die Sozialarbeiter*in möglich, die verschiedenen Befindlichkeiten miteinander zu vergleichen. Des Weiteren sind allerdings nicht nur die persönlichen Empfindungen von Bedeutung, sondern ebenfalls die Faktenerarbeitungen. Was wurde bereits erarbeitet oder welche Schritte müssen noch gemacht werden (vgl. T15 Z150-161). Bei dieser Herangehensweise werden zwei Ebenen der Dokumentation sichtbar. Zum einen das psychische Befinden, zum anderen die zu sehenden Interventionen. Durch das Festhalten beider Faktoren kann davon ausgegangen werden, dass die Dokumentation ein detailliertes Gesamtbild und damit einen ganzheitlichen Überblick der derzeitigen Sachlage gibt. Bezüglich der Interventionen wurde zusätzlich folgende Aussage getroffen:

„Und ich sage, das ist aber nicht mein Zugang, meine Interventionen dokumentieren muss ich nur, wenn ich sie rechtfertigen muss, wenn ich sie sozusagen verkaufen muss. Unter diesem Legitimationszwang stehe ich da nicht, ich muss nicht meine Interventionen dokumentieren(.)“ (T15 Z165-168).

Hier wird ein weiteres Mal die eigene Handlungsfähigkeit des*der Sozialarbeiter*in erkennbar. Die Dokumentation scheint kein Werkzeug der Legitimation für die Soziale Arbeit im Primärversorgungszentrum darzustellen, sondern dient allein dem*der Professionist*in das Geschehene aufzuschreiben. Dies spiegelt vor allem die persönliche Haltung des*der Sozialarbeiter*in wider, da er*sie ihre Interventionen nicht anpreisen oder verkaufen will. Es wird ebenfalls von „verkaufen“ gesprochen, was in diesem Kontext als nicht notwendig angesehen wird. Es kann somit davon ausgegangen werden, dass die Soziale Arbeit keine Fortschritte vorlegen müsste, um ihre Daseinsberechtigung im Primärversorgungszentrum weiterhin zu generieren.

Dahingehend überschneidet sich die Aussage mit jener meines zweiten Interviews:

„Mir ist wichtig über die Dokumentation zu zeigen was Aktivität gemacht wird also auch die Methode offenzulegen(...)“ (T16 Z80-81).

Laut dem*der Interviewpartner*in gibt es dadurch von den anderen nicht mit der Materie vertrauten Professionen die Möglichkeit immer wieder nachzufragen, falls etwa die Methode nicht bekannt ist. Doch auch wenn manche Methoden nicht für alle gleich verständlich sind, ist ihm *ihr dies für sich selbst von Bedeutung. Des Weiteren werden nicht nur die durchgeführten Interventionen

dokumentiert, sondern auch die Ergebnisse und der Ist-Stand. Diese werden in durchschnittlich zwei Sätzen beschrieben (vgl. T16 Z81-84).

Hier werden ebenfalls die dokumentierten Aktivitäten des*der Sozialarbeiters*Sozialarbeiterin als wichtig empfunden. Es scheint diesbezüglich hier gleichermaßen keine Vorschriften zu geben, sondern ist dem*der Sozialarbeiter*in selbst überlassen. Somit wird auch hier kein Legitimationsruck von Seiten des Primärversorgungszentrum erkennbar.

Ein zusätzlicher Aspekt, welcher bisher im Kontext der Dokumentation nicht behandelt worden ist, ist folgender:

„(W)as mir eigentlich am Wichtigsten ist natürlich diese Informationen über die Patientinnen und Patienten geschützt sind(...)“ (T16 Z84-86).

Neben den sozialarbeiterischen Aktivitäten ist nach dieser Aussage auch der Schutz der Patient*innen von großer Bedeutung. Es kann angenommen werden, dass gerade deshalb versucht wird, die Dokumentation versucht wird, auf ein paar Sätze herunterzubrechen, um nicht zu viele Informationen schriftlich ersichtlich zu machen. Diese Hypothese wird von einer weiteren Aussage im Interview unterstützt.

„(I)ch versuche, dass man kann das durchaus als einen Verschleierungsversuch bezeichnen, wenn es darum geht Informationen über Menschen auch zurückzuhalten.“ (T16 Z106-108).

Hier wird beschrieben, dass aktiv manche Informationen nicht dokumentiert werden, um den Schutz der Patient*innen zu garantieren. Es wird in diesem Kontext auch die mögliche Sichtweise angesprochen, dass dies auch als Verschleierungsversuch angesehen werden kann. Durch diese Erwähnung kann daraus geschlossen werden, dass möglicherweise bereits Kritik an diese Herangehensweise geäußert worden ist. Auch wenn es als Verschleierungsversuch angesehen werden könnte, ist es dem*der Sozialarbeiter*in mutmaßlich wichtiger, nicht alle Informationen zu dokumentieren.

6.6 Eigene Meinung über Dokumentation der interviewten Personen

Es wird ebenfalls die eigene Meinung über die Dokumentation analysiert. Damit wird versucht die eigene Sichtweise der Sozialarbeiter*innen zu erheben, um zu vergleichen, ob diese einen Einfluss auf ihre Herangehensweise hat.

Die Dokumentation wird in einem der Interviews als etwas Wichtiges beschrieben, da darüber seine*ihre eigene Leistung festhält und aufzeigen kann, welche Interventionen gesetzt wurden (vgl. T16 Z474-475). In diesem Kontext könnte die Dokumentation als Legitimationsmedium angesehen werden. Durch den schriftlichen Beweis der Aktionen, wird aufgezeigt, dass Soziale Arbeit etwas bewirken kann und es sinnvoll ist sie als Profession in einem Primärversorgungszentrum zu beschäftigen. Im Interview wurde des Weiteren das Inklusionschart von Pantuček erwähnt, welches ebenfalls als eine Art von schriftlicher Dokumentation angesehen werden kann.

„Ich möchte versuchen über die IC4 haßt des glaub ich vom Herrn Pantuček zu arbeiten. (...) Da haben wir es auch leicht als Sozialarbeiter, weil da können wir fast immer behaupten, dass es diesen Grund gibt. Also wenn man sich diesen Inklusionschart anschaut da schneidet fast niemand, außer er ist Österreicher Mittel und Oberschicht gut ab ja, da is man bald amal ein Stück weit desintegriert (...) das sind dann immer Gründe zuzuweisen, weil natürlich gehören die Leute im Sinne der WHO-Gesundheitsdefinition optimal integriert in all diesen Lebensbereichen oder inkludiert (...).“ (T16 Z358-375).

Da durch das Sichtbarmachen von Exklusionen durch das IC4 wird wieder eine Form der Legitimation der Sozialen Arbeit möglich. Denn sobald ersichtlich wird, dass es Soziale Arbeit für die Integration der Klientel in die Gesellschaft benötigt, wird der Nutzen dieser Profession verdeutlicht und damit legitimiert. Bezüglich der Thematik Legitimation, spricht der*die Sozialarbeiter*in wie folgt:

„Also ich täte sagen, zur Legitimation eher die Leistungsabrechnung und weniger die Dokumentation, aber natürlich auch. Aber am Anfang noch mehr als jetzt, ich merke auch, dass sich das natürlich auch hier im Haus intern so entwickelt hat, dass ich weniger Legitimationsdruck habe.“ (T15 Z824-828).

Dokumentation wird hier nicht als Mittel für die Legitimation der Sozialen Arbeit verstanden, sondern eher die Leistungsabrechnung. Dennoch kann durch den zweiten Satz angenommen werden, dass es anfänglich sehr wohl einen gewissen Druck gab nachzuweisen, dass der*die Sozialarbeiter*in für das Primärversorgungszentrum nützlich und von Vorteil ist. Dies scheint sich erst mit der Zeit verringert zu haben. Neben der Legitimation wird allerdings auch die Verständigung zwischen den Professionist*innen durch die Dokumentation angesprochen.

„Die Dokumentation ist ist sehr wohl wichtig weil man sich darüber verständigt.“ (T16 Z50).

Hier wiederum wird die Dokumentation als Kommunikationsmedium anstatt eines Legitimationsmedium bezeichnet. Diese Aussage deckt sich mit jener vom anderen Interview, bei welchem der Geist der Dokumentation als jener der Informationsweitergabe beschrieben wird (vgl. T15 Z36-37). In diesem Zusammenhang ist allerdings Vertrauen unter den Professionist*innen von großer Bedeutung, dass mit den Daten nichts passiert, sondern rein der Eigeninformation gilt. Es soll somit kein Zwang sein zu berichten, sondern soll die Möglichkeit darstellen Informationen über ein Fallgeschehen zu bekommen (vgl. T15 Z117-119,145-148).

Als weiteren Ansatzpunkt bezüglich der sozialarbeiterischen Dokumentation, besteht jener, dass die Dokumentationszeit nicht über zehn Prozent der Arbeitszeit einnehmen soll. Es würde des Weiteren als Problem angesehen werden, falls die Zeit für das dokumentieren erheblich ansteigen würde (vgl. T16 Z543-546). Folgendes Zitat zeigt die Zufriedenheit mit der derzeitigen Handhabung und verleiht dem davor Geschriebenen Nachdruck:

„Es macht für mich total viel Sinn so wenig zu dokumentieren.“ (T16 Z472).

6.7 Veränderungen im Laufe der Jahre

Um herauszufinden, wie die derzeitigen Herangehensweisen an die sozialarbeiterische Dokumentation entstanden ist, ist es notwendig, nach dem Verlauf und damit den Veränderungen seit Anbeginn der Primärversorgungszentren zu fragen. Dabei wird versucht zu erforschen, wie und warum Änderungen vorgenommen wurden, falls sie vorgenommen wurden. Welche Anlässe gibt es, die Dokumentationsweisen zu verändern und wie nehmen meine Interviewpartner*innen diese Veränderungen wahr.

Als eine*r meiner Interviewpartner*innen auf die letzten Jahre zurückschaute, meinte sie*er folgendes:

„(I) hob meine Dokumentationswesen immer dem angepasst was eben sein muss aber momentan empfind ichs als ziemlich ideal das kann man schon durchführen.“ (T16 Z520-5022).

Hier kann die Hypothese aufgestellt werden, dass sich das „muss“ vor allem auf die eigene Einschätzung der Notwendigkeit bezieht, da bereits in Kapitel 6.1 ausgesagt worden ist, dass es keine Vorgaben von außen gibt. Des Weiteren scheint es für ihn*sie derzeit nicht erforderlich zu sein an seiner momentanen Dokumentationsweise etwas zu verändern. Dennoch kann die Dokumentation als stets wandelbar angesehen werden, da es bereits in der Vergangenheit zu Änderungen kam, welche sich allerdings immer an der Ist-Situation orientierte und somit immer wieder neu reflektiert werden muss.

Absprachen mit anderen Personen bezüglich einer Veränderung in der Dokumentation seien nicht notwendig, da die Zwischenposition zwischen dem Sozialamt der Stadt wie auch dem Primärversorgungszentrum, eine große Freiheit bietet. Für meinen*meine Interviewpartner*in wird dies als positiv aufgefasst und als ein gutes Gefühl beschrieben. Selbst wenn die Stadt ihn*sie in seinem*ihrem Gebiet auf einen für ihn*sie relevanten Zwischenfall aufmerksam macht, hat er*sie vollkommen freie Hand, wie die Dokumentation dieser Vorkommnisse durchgeführt wird. Doch dies geschieht laut Angaben selten und stellt wie bereits erklärt, keine Einschränkung in der dokumentarischen Selbstbestimmtheit des*der Sozialarbeiters*Sozialarbeiterin dar. Nun stellt sich die Frage, wie bemerkt wird, dass Dokumentation neu „angepasst“ werden sollte.

„Ja wenn es Probleme gäbe oder? Dann müsst ma reagieren, dann müsst ma routinemäßig mehr dokumentieren oder anders aber ich glaube auch das wird in den Primärversorgungszentren an Personen hängen. An den Ärzten namentlich die Abmachungen treffen müssen mit anderen die die Gesundheitsberufe in ihren Zentren finanzieren. Wenn es da Umstellen gibt dann muss ich mich auch nach der Decke strecken“ (T16 Z).

Was genau unter den sogenannten Problemen verstanden wird, wird nicht genauer definiert. Allerdings scheint für meinen*meine Interviewpartner*in die Komponente der Personen diesbezüglich von Bedeutung zu sein. Ob rein das Ausmaß der Dokumentation verändert werden muss oder generell eine andere Herangehensweise gefunden werden muss, ist laut ihm*ihr besonders von den Ärzt*innen abhängig. Hier kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass zwar derzeit eine große Freiheit bezüglich der sozialarbeiterischen Dokumentation besteht, sich

dies allerdings ändern kann, falls es Änderungen seitens der Ärzte gibt. Hier scheint die Soziale Arbeit sich dann doch an die vorgegebenen Neuerungen halten zu müssen.

Im anderen Interview wurde folgende Veränderungen bei der Dokumentationsweise bemerkt:

„Also mir ist selbst aufgefallen, dass ich weniger schreibe.“ (T15 Z663).

Dies ist jedoch schleichend passiert und nicht von einem auf den anderen Tag geschehen. Mit der Zeit wurde die Dokumentation immer weniger, weil es für den*die Sozialarbeiter*in als nicht mehr notwendig angesehen wurde. Anfangs wollte er*sie jedes Detail dokumentieren, um auch selbst nichts zu vergessen, doch wurde es mit der Zeit ersichtlich, dass dies nicht der Fall war. (vgl. T15 Z665-680).

Neben den eigens initiierten Veränderungen gab es allerdings laut Interview auch Wünsche vonseiten des Teams.

„Oder dann hat es den Wunsch gegeben, naja wenn euer Prozess sozusagen abgeschlossen ist, dann schreibt mal was in die Hauptkartei rein, das tu ich jetzt.“ (T15 Z709-711).

Diese Veränderung hat aufgrund von Anregungen stattgefunden. Es wurde demnach nicht vorgeschrieben, sondern wurde vorgeschlagen. Es ist anzunehmen, dass es wahrscheinlich für andere Berufsgruppen eine Erleichterung darstellt, dem Verlauf der Interventionen zu folgen. Daran kann ein gewisses Interesse an den sozialarbeiterischen Tätigkeiten abgelesen werden, denn ansonsten würde mutmaßlich kein Vorschlag zu mehr Transparenz in der Dokumentation gemacht werden.

Diese Neugestaltung sieht der*die Sozialarbeiter*in durchaus in einem positiven Licht und findet mit der Zeit immer mehr Gefallen daran. Die Dokumentation des sogenannten Zwischenstands ist dahingehend sinnvoll, da diese dann auch auf anderen Ebenen wahrgenommen wird und nicht nur von der Sozialen Arbeit (vgl. T15 Z711-715). Somit scheint auch das Interesse der anderen Berufsgruppen ausschlaggebend für die Dokumentation des*der Sozialarbeiter*in zu sein. Erst wenn es als wissenswert für andere Professionen gilt, werden jene Inhalte dahingehend dokumentiert.

6.8 Verbesserungsvorschläge

In folgenden Kapitel werden die persönlichen Vorschläge der Sozialarbeiter*innen erfragt, wie sie die Dokumentation verbessern würden. Dies ist eine Ist-Zustand-Aufnahme und ist wie bereits vorher erwähnt eine persönliche Meinung.

Hierzu gab es von einer der zwei Sozialarbeiter*innen Vorschläge. Daher kann davon ausgegangen werden, dass für den*die anderen*andere Sozialarbeiter*in die momentane Art und Weise der Dokumentation stimmig ist und somit für ihn*sie kein zwingender Bedarf für Veränderung zu erkennen ist.

Anders verhält es sich mit dem*der anderen Sozialarbeiter*in. Dieser wünscht sich Änderungen an der Software.

„(A)m schönsten wäre, es gäbe eine Sozialarbeiteransicht, die sich eigentlich aus drei Filtern zusammensetzt und vielleicht auch noch einen Ärztefilter oder vielleicht wird die Diätologin wieder einen anderen Filter haben, (...) also zum Beispiel die Medikamente, die man also in 99% der Fälle sind die für mich irrelevant.“

Hier kann davon ausgegangen werden, dass es eine gewisse Unübersichtlichkeit für den*die Sozialarbeiter*in gibt. Es soll nach dieser Aussage, die Filterung der für ihn*sie relevanten Themen vereinfacht/ermöglicht werden. Es ist davon auszugehen, dass dies seine*ihre Arbeit erleichtern würde, da beispielsweise Medikamente für ihn in den meisten Fällen nicht signifikant sind.

Die Filter sollten des Weiteren für eine Abschlakung der Inhalte. Es gibt beispielsweise Einträge von Versicherungsinformationen, welche er für seine*ihre Arbeit als nicht notwendig erachtet, diese zu wissen. Da für ihn*sie alle Ebenen ersichtlich sind wünscht er*sie sich diesbezüglich eine Methode vor allem die Diagnosen wie auch Texteinträge herauszufiltern aber gleichzeitig auch die Vielfalt der Dokumentation beizubehalten (vgl. T15 Z751-756). Zusätzlich würde er*sie für seine*ihre Dokumentation folgende Möglichkeiten für sinnvoll erachten:

„(I)ch hätte gern zwei Markierfunktionen (...). Also sozusagen dann würde ich gerne ein paar Marker über anamnestische Dinge legen und den zweiten Marker hätte ich gern über sozusagen 3 Stichworte pro Einheit, über die Essenz.“

Dies ist wie der erste Verbesserungsvorschlag, ein Gedanke die Software anders zu gestalten und zusätzliche Funktionen einzuführen. Durch das markieren ist es wahrscheinlich für den*die Sozialarbeiter*in leichter einen Überblick über seine*ihre eigene Dokumentation zu bekommen und nicht den gesamten Text lesen zu müssen. Einerseits die Möglichkeit die Anamnese hervorzuheben wie auch drei einzelne Wörter zu markieren, welche bei dem Termin als essentielle Information gelten.

Doch nicht nur bei der Dokumentation gibt es Wünsche der Verbesserung. Da in den vorherigen Kapiteln bereits der verbale Austausch des Öfteren angesprochen wurde, wird darum auch diesbezüglich diese Aussage in die Forschung mitaufgenommen.

„(W)ir haben noch kein Format gefunden. Es gibt noch kein Besprechungsformat, wo wir Fallbesprechungen machen.“ (T15 Z400-402).

Hier wird ein weiteres Mal die mündliche Kommunikation erwähnt und das diese ausgebaut werden sollte, aber bis jetzt noch kein passendes Format gefunden wurde. Hier stellt sich die Frage wie dieses Besprechungsformat aussehen soll und warum es bis jetzt zu keiner Lösung kam. Doch dies zu ergründen liegt nicht im Rahmen dieser Arbeit.

7 Resümee

7.1 Ergebnisdiskussion

Bezüglich der Hauptforschungsfrage, woraus sich die sozialarbeiterische Dokumentation entwickelt hat und was sie beeinflusst, kann aufgrund der Interviews folgende Aussage getroffen werden:

Die Sozialarbeiter*innen in Primärversorgungszentren haben selbst die Verantwortung über die Dokumentation. Es gibt für sie somit keine Vorgaben seitens des Zentrums. Im Gegenteil. Es wurde in einem Interview von einer Einladung zur Gestaltung der Dokumentation gesprochen. Dadurch wird die Selbstwirksamkeit der Sozialen Arbeit in diesem Kontext erkennbar.

Ein weiterer Einfluss auf die Dokumentation hat der Austausch mit den anderen Professionen. Da Professionist*innen eines anderen Berufes völlige Einsicht in die allgemeine Dokumentation der Sozialen Arbeit hat, werden vonseiten der Sozialarbeiter*innen für diese ihre Interventionen transparent dokumentiert. Dennoch liegt die Entscheidung, was dokumentiert wird, weiterhin bei dem*der Sozialarbeiter*in. Im Kontext des multiprofessionellen Teams, wird neben der Dokumentation allerdings der verbale Austausch als besonders wichtig hervorgehoben. Dieser Weg wird eingeschlagen, wenn eine Dokumentation als nicht sinnvoll angesehen wird, da die betreffende Profession diese vermutlich nicht zeitgerecht, wenn überhaupt, lesen wird. Hier wird der Vorteil von mehreren Professionen, welche unter einem Dach agieren, sichtbar.

Die Interviews haben zusätzlich ergeben, dass es Inhalte gibt, welche nicht eingesehen werden sollen. Falls der*die Sozialarbeiter*in diese Informationen aus gewissen Gründen nicht in die allgemein zugängliche Dokumentation eintragen will, gibt es drei Szenarien, die genannt worden sind. Ersteres ist, dass die Information nirgends vermerkt wird. Die zweite Möglichkeit hingegen, ist die Information mit einem Code zu verschlüsseln, sodass keiner der anderen Professionist*innen den Inhalt verstehen können. Das dritte und letzte Szenario ist die Nutzung von E-Mails, welche nur an jene Personen geschickt werden, die mit der Thematik vertraut sind.

Doch wo werden die Grenzen gezogen? Was zeichnet Daten auf welche alle zugreifen können sollen im Gegensatz zu jenen, welche vertraulicher behandelt werden, aus? Eine der interviewten Personen hat keine ausformulierten Grenzen in dem Sinn. Sie müsse selber bei jeder Dokumentation von Neuem abwägen, welche Themen sie schriftlich festhält. Im anderen Interview wurde vor allem der Schutz des Klientel als richtungsweisend empfunden und die eigene Einschätzung, ob andere Professionen gewisse Informationen erhalten sollen oder nicht. Dies wirft nun die Frage auf, welche Inhalte dokumentiert werden. Diesbezüglich werden vor allem zwei Kategorien erwähnt. Zum einen eine generelle Transparenz der sozialarbeiterischen Aktionen, zum anderen die persönlich rechtliche Absicherung des*der Sozialarbeiter*in. Ersteres wird des Öfteren als besonders wichtig angesehen. Ein weiterer Punkt, welcher für einen der Interviewpartner*innen von Bedeutung ist, sind die Aufzeichnungen von einerseits Faktenwissen, andererseits sogenannten O-Tönen, um die Gesamtsituation zu beschreiben.

Beide Professionist*innen sehen die Dokumentation als wichtiges Werkzeug an. In diesem Zusammenhang wird auch die Legitimation der Sozialen Arbeit in einem Primärversorgungszentrum erwähnt. Doch dies ist nicht der einzige Grund, um zu dokumentieren. Wie bereits vorher angesprochen, ist der mögliche Austausch mit den anderen Professionen ebenfalls ein wichtiger Faktor. Des Weiteren wird ebenfalls in beiden Interviews ausgesagt, dass

sie so wenig wie möglich dokumentieren und die Dokumentation mit der Zeit auch immer weniger wurde, da von außen weniger Druck kommt und ein kürzerer Nachweis der Interventionen für alle Beteiligten ausreicht.

Die Art und Weise, wie dokumentiert wird, ist ständig im Wandel und passt sich stets der Ist-Situation an. Wenn Änderungen notwendig sind, sind dafür allerdings keine Absprachen mit Außenstehenden vonseiten der Sozialarbeiter*innen notwendig. Hier wird ein weiteres Mal die Unabhängigkeit bezüglich dieser Thematik erkennbar. Denn selbst wenn Wünsche von außen an die Soziale Arbeit herangetragen werden, wie es bei einem*einer der Interviewpartner*innen der Fall war, können die Sozialarbeiter*innen immer noch selber entscheiden, ob sie Änderungen vornehmen oder nicht. Als persönlich erwünschte Verbesserungsvorschläge war bei einem Interview eine Unzufriedenheit mit dem Layout der Software zu erkennen. Ansonsten gab es keine Vorschläge, wie die sozialarbeiterische Dokumentation verbessert werden könnte.

7.2 Forschungsausblick

Da die Primärversorgungszentren in Österreich, wie anfangs beschrieben, ein neues Feld ist und somit die Dokumentationsweisen ebenfalls erst wenige Jahre hatten, sich zu entwickeln, besteht die Möglichkeit von weiteren Veränderungen. Besonders in einem Zentrum wurden layoutbezogene Wünsche geäußert. Hier gibt es demnach bereits jetzt Veränderungswünsche, welchen nachgegangen werden kann. Es kann davon ausgegangen werden, dass die mündliche Kommunikation weiterhin ein wichtiger Faktor neben der schriftlichen Dokumentation bleiben wird, da auch bei dieser Ideen zur Weiterentwicklung angesprochen wurden.

Wie auch in den Interviews ersichtlich wurde, ist die Herangehensweise an die sozialarbeiterische Dokumentation ständig im Wandel. Es wäre sehr interessant, in ein paar Jahren diese Forschung ein weiteres Mal durchzuführen und festzustellen, ob es Veränderungen gab, und wenn ja, welche. Wenn die Gegebenheiten in den Primärversorgungszentren gleich bleiben, werden wohl am meisten die Sozialarbeiter*innen selbst Einfluss darauf haben, ob was und wie die Dokumentation geändert wird.

Diese Arbeit soll nun einen Mehrwert für die in den Kinderschuhen steckende Soziale Arbeit in den Primärversorgungszentren darstellen. Durch sie sollen die verschiedenen Möglichkeiten wie eine Dokumentation gehandhabt werden kann sichtbar gemacht werden und wovon diese abhängen kann. Ich bin gespannt, was für Auswirkungen diese Thematik für die Profession der Sozialen Arbeit noch haben wird und werde sie auch nach meinem Abschluss versuchen, weiter zu verfolgen.

8 Reflexion des Forschungsprojektes

Nun will ich auf meinen eigenen Verlauf im Forschungsprojekt zurückblicken und ihn reflektieren. Anfangs war ich noch etwas verloren, da wir bisher die erste Bachelorarbeit alleine geschrieben haben und sonst noch keine Erfahrungen mit einem Forschungsprojekt, welches über Monate gehen sollte, hatte. Auch wenn für mich beim Start noch nicht alles durchschaubar war, wurde es mit der Zeit immer besser. Des Weiteren beobachtete ich die Entwicklung der Gruppe als sehr positiv und zog einige Parallelen zu der Lehrveranstaltung „Gruppendynamik“ im zweiten

Semester. Am Anfang agierten wir noch verhältnismäßig wenig als Gruppe. Dies änderte sich relativ schnell, als die Interviews aufgeteilt wurden und somit wir als Gruppe handeln mussten, wenn wir einen Erfolg mit unserem Projekt haben wollten. Wir verselbstständigten uns teilweise und organisierten selbst die notwendigen Treffen, um relevante Themen zu besprechen.

Die Zeit war sehr intensiv und zeitweise auch anstrengend, doch lehrte sie mich eines: „Eine Gruppe braucht Zeit, sich zu entwickeln.“

Bezüglich der Forschung bin ich schlussendlich sehr froh über meinen gewählten Fokus. Je mehr ich mich mit der Thematik auseinandersetze, desto mehr bemerkte ich die Vielfalt und Forschungskapazitäten, welche in dieser Arbeit stecken. Ich bekam oft Rückmeldung, dass mein Bachelorthema trocken klinge, doch dies ist es überhaupt nicht. Ich habe das Gefühl, dass sich mit Dokumentation in der Sozialen Arbeit wie auch außerhalb generell zu wenig auseinandergesetzt wird. Denn taucht man mal in das Thema ein, bemerkt, man wie spannend und vor allem wichtig sie in unserem Alltag ist und welche Auswirkungen mit ihr bewirkt werden können.

Literatur

Aktion Mensch (o.A.): Inklusions-Portal. Bildun. Impulse für die Praxis. Inklusive Methoden. Multiprofessionelle Teams. Rahmenbedingungen <https://www.aktion-mensch.de/inklusion/bildung/impulse/inklusion-methoden/multiprofessionelle-teams/rahmenbedingungen> [Zugriff: 27.04.2021].

arocom. (2021): Fachbegriffe. Dokumentation. <https://www.arocom.de/fachbegriffe/projektmanagement/dokumentation> [Zugriff: 27.04.2021].

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2014): Zielsteuerung Gesundheit. „Das Team rund um den Hausarzt“. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. Wien.

Bundesministerium Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (2021): Gesundheitsleistungen. Mehr Gesundheit. Gesundheitspolitik. <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/mehrgesundheit/gesundheitspolitik> [Zugriff: 27.04.2021].

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

FH St. Pölten (2019): Soziale Arbeit. Projekte. Sozialarbeiterische Handlungskonzepte im Gesundheitswesen. <https://www.fhstp.ac.at/de/studium-weiterbildung/soziales/soziale-arbeitbachelor/projekte1/professionelle-aufsuchende-soziale-arbeit> [Zugriff: 05.03.2021].

FH St. Pölten (2020): Soziale Arbeit. Projekte. Einbindung der Sozialen Arbeit im integrativen Versorgungskonzept der Primärversorgung. <https://www.fhstp.ac.at/de/studiumweiterbildung/soziales/soziale-arbeit-bachelor/projekte1/einbindung-der-sozialen-arbeit-imintegrativen-versorgungskonzept-der-primaerversorgung> [Zugriff: 05.03.2021].

Flick, Uwe (2009): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BAStudiengänge. Originalausgabe, Reinbek: Rowohlt Verlag GmbH

Huber, Alois (o.A.): Fachliche Dokumentation. unveröffentlicht.

obds-Österreichische Berufsverband der Sozialen Arbeit (2017)a: Berufsbild Sozialarbeit. <https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2018/05/Berufsbild-Sozialarbeit-2017-06-beschlossen.pdf> [Zugriff: 30.04.2021].

obds-Österreichische Berufsverband der Sozialen Arbeit (2017)b: Sozialarbeit in der Primärversorgung. Informationsunterlage für Interessierte. https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2018/07/Sozialarbeit-in-PV_Argumentationsunterlage.pdf [Zugriff: 30.04.2021].

OECD- European Observatory on Health Systems and Policies (2017): State of Health in the EU. Österreich: Länderprofil Gesundheit. https://books.google.at/books?id=NhpADwAAQBAJ&pg=PA10&dq=Prim%C3%A4rversorgung+in+%C3%96sterreich&hl=de&sa=X&ved=2ahUKEwjNr_anxJzwAhWx_7sIHYYaBq8Q6AEwA3oECAQQAQ#v=onepage&q=Prim%C3%A4rversorgung%20in%20%C3%96sterreich&f=false [Zugriff:27.04.2021].

Primär-Versorgungs-Einheiten für ihre Gesundheit (2020): Das Handbuch zur Gründung einer Primärversorgungszentrum. https://www.pve.gv.at/fileadmin/user_upload/startup-guide-online-version-01-2020.pdf [Zugriff:27.04.2021].

Primärversorgung Österreichisches Forum a. (o.A.): Fragen und Antworten. Was ist Primärversorgung. <https://primaerversorgung.org/fragen-und-antworten/> [Zugriff: 27.04.2021].

Primärversorgung Österreichisch Forum b. (o.A.): Versorgungskarte <https://primaerversorgung.org/versorgungskarte/> [Zugriff: 27.04.2021].

Socialnet. Das Netzwerk für die Sozialwirtschaft (2020): Lexikon. Dokumentation. <https://www.socialnet.de/lexikon/Dokumentation> [Zugriff:27.04.2021].

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

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

wissensdialoge (2021): interdisziplinariät. <https://wissensdialoge.de/interdisziplinaritaet/> [Zugriff: 27.04.2021].

Wortmann Kathrin(2020): Lexikon. Interdisziplinäre Teams. <https://www.kathrin-wortmann.de/lexikon/interdisziplinaere-teams/> [Zugriff: 27.08.2021].

Daten

T15 Transkript 15, erstellt von Katrin Haslinger, März 2021, Zeilen durchgehend nummeriert.

T16, Transkript 16, erstellt von Stephanie Schmid, Februar 2021, Zeilen durchgehend nummeriert.

Abkürzungen

IC4 - Inclusionschart

PVE – Primärversorgungseinheit

PVZ - Primärversorgungszentrum

obds – Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit

Abbildungen

Abb1. Triviale versus nicht triviale Systeme

Anhang

Leitfaden für die fünf Expert*inneninterviews

Einstieg in das Interview

- Begrüßung
- nochmals kurze Erinnerung über den Nutzen und das Ziel des Interviews welche bereits bei der Terminvereinbarung erklärt worden ist
- Erklärung der Vertraulichkeit und Schutz der Daten, Einverständniserklärung und der Tonaufnahme
- Aufklärung über den Ablauf des Interviews Hauptteil

Hauptteil

- Gibt es Vorschriften was Sie bei einem Fall dokumentiert müssen?
- Wenn ja was und wie wird es dokumentiert?
- Können Sie darüber hinaus zusätzlich dokumentieren?
- Wenn ja wie wird es dokumentiert? (Bsps?)
- Wie weit haben Sie Einsicht in die Doku der anderen Professionen und umgekehrt?
- Wo sind die Grenzen und warum?
- Gibt es Information aus der Dokumentation die von niemanden eingesehen werden kann? Wenn ja welche?
- Wie handhaben Sie Informationen die für Sie selbst weniger relevant sind, für andere Professionen aber sein könnten?
- Was ist Ihnen bei der Dokumentation am wichtigsten?
- Wie oft haben Sie die Dokumentationsweise bis jetzt geändert?
- Welche Zwischenschritte gab es von der anfänglichen Dokumentationsweise zu der heutigen?
- Gab es aus Ihrer Sicht negative Veränderungen? Wenn ja welche?
- Sprechen Sie die Änderungen mit wem ab und wenn mit wem?

- Wie können Sie persönlich Einfluss auf die Dokumentationsveränderung nehmen?
- Woran merken Sie, dass die Dokumentationsweise nicht ausreicht?
- Was würden Sie auf der Stelle ändern, wenn Sie könnten?

Abschluss

Wir bedanken uns für das Gespräch, die Bereitschaft das Interview durchzuführen und den dafür aufgebrauchten Zeitaufwand. Wir verabschieden uns und wünschen der interviewten Personen einen angenehmen Tag.

Auszug eines Interviews (Transkript 16)

I1: Ok damit wird das jetzt aufgezeichnet, damit starten wir gleich mal mit unserer ersten Frage, nämlich inwiefern haben sie denn Vorgaben bei der Dokumentation eines Falles und ähm wie wird dieser Fall dann generell dokumentiert.

B1: Ähm ich habe, ich dokumentiere in einem System einem elektronischem System in einer Praxisgemeinschaft ah das heißt derzeit Arzt ist und da gibt es gerade ne Umstellung auf ein anderes ist im Wesentlichen der Verlauf von Konsultationen bei unterschiedlichen Berufen im Primärversorgungszentrum Medius in Grazdas heißt man sieht da einen chronologischen Verlauf und Eintrag welche Form von Terminen es war das ist bei mir eigentlich immer also fast immer ein dreiviertelstündiger Termin ähnlich wie bei der Psychotherapeutin. Ich verrechne dann Leibesbeziehungsweise das das ist mit Leistungen für die ärztliche Abrechnung hinterlegt also Konsultation hat einen Code und und wenn ich dann für den Patienten sozusagen in seiner Abwesenheit tätig werde im Sinne von Case Management oder auch nur Kommunikation mit anderen gibt es dafür einen anderen Code und so weiter aber meine Dokumentation damit sie einen guten Eindruck haben beschränkt sich auf fünf bis zehn Zeilen auf einer A4 Seite maximal das ist schon viel also ich dokumentiere so wenig wie möglich.

I1: Ok und haben sie sozusagen außerhalb von von diesem System auch noch Möglichkeiten zu dokumentieren für sich selber oder ja also wie wie dokumentieren sie Sachen do sie sagen das wollen sie vielleicht nicht den Computer eingeben.

B1: Die gibt's es gibt die Sachen die ich nicht den Computer eingeben möchte die gebe ich nicht in den Computer ein ähm es gibt auch Fallbearbeitungen bei denen andere im Zentrum nicht involviert sind. Das hat damit zu tun dass ich als Sozialarbeiter der Stadt Graz sozusagen formal verliehen bin an das Prämierversorgungszentrum. Das hat eine hybride Funktion das ist führt zu einer sehr großen Freiheit für mich ich muss für die Stadt Grad nichts dokumentieren. Ähm sondern ich schau eigentlich darauf das ist das Augenmerk das andere im Zentrum in etwa wissen wie die Fallbearbeitung steht und was ich gemacht habe. Wenn es notwendig ist im Sinne von also wenn ich das Gefühl habe es ist rechtlich notwendig,dass ich meine eigenen Aktivitäten aufzeichne dann mach ich das gesondert in einer Worddatei die ist dann auch im geschützten Bereich in unserem Computersystem, aber das ist sozusagen eher selten der Fall.

I2: Das heißt sie dokumentiert für sich und für die soziale Arbeit und für die anderen Professionen die anderen Professionen sehen quasi nur die Dokumentation, die sie auch in diesem computergestützten Programm eingeben.

B1: Ja wobei das zweite was sie jetzt genannt haben mehr als 90% aller Zeit einnimmt also ich weiß, dass ich als Sozialarbeiter eigentlich nicht verpflichtet bin ich weiß es gibt kein Berufsgesetz wie bei den Psychologen und ich äh trachte danach die Dokumentationszeit so kurz wie möglich zu halten ich habe mal meine Arbeitszeit minutiös ausgewertet in einem ersten Bericht, das war im ersten Halbjahr der Sozialen Arbeit im Primärversorgungszentrumich dokumentier sozusagen reine Zeit die ich jetzt benötige um festzuhalten was ich gemacht habe in der Fallarbeit unter 5 % und

das möchte ich so lassen und ich bin auch kritisch gegenüber Dokumentationsvorschriften ähm ich habe auch nur 20 Stunden wenn man hier effizient arbeiten möchte dann darf es nicht so sein wie in anderen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit es durchaus sag ma mal üblich oder vorgeschrieben ist, dass die Dokumentationszeit weit mehr als 20% einnimmt. Dagegen würde ich mich versuchen zu wehren.

Jetzt steht da so im Konzept das so schön drinnen ja außen so nett zu lesen für jemanden der natürlich da in die in die zeitliche Struktur nicht viel Einblick hat ja stellt man sich so schön vor Primärversorgungszentrum kann man multiprofessionell zusammenarbeiten man ähm man erkennt schneller leichter Dinge eben weil man auch gemeinsam dokumentiert und besser über die Tätigkeiten der anderen Professionen Bescheid weiß. Ähm was nimmt denn tatsächlich diese Multiprofessionalität in der Dokumentation für einen Stellenwert ein. In der Praxis? Wie wichtig ist das tatsächlich?

B1: Die Dokumentation ist ist sehrwohl wichtig weil man sich darüber verständigt. Das kann man auch mit ganz kurzen Aussagen machen. Dafür gibt's ja auch ausreichend Krankheitskategorien und auch Gesundheitskategorie und auch soziale Kategorien und auch ein Vokabular das sozusagen diese Fachsprache bringen sie schon einander näher. Es gibt schon auch einen Impact auf die Qualität der Zusammenarbeit aber wenn sie die Frage so meinen, dass hier Dokumentation von besonderer Bedeutung wär, würde ich sagen ist es nicht. Von besondere Bedeutung bleiben die persönlichen Kontakte vor allem das Besprechen ah des Fallverlaufs ähm durchaus auch das Teamklima und die ganzen dahinter liegenden Gegebenheiten am Arbeitsplatz sozusagen, aus meiner Sicht. Ich weiß nicht ob sie das zynisch gemeint haben aber das ist tatsächlich der Fall, dass in Primärversorgungszentren einiges schneller und und damit effektiver für die Gesundheit oder oder für die soziale Verfasstheit von Menschen oder Gruppen passieren kann als anderswo aber die Dokumentation um das jetzt nochmal zusammenzufassen sehe ich nicht als das allerwichtigste dabei die Sozialarbeit aber auch die anderen Berufe behaupten sich nicht durch primär durch die Art und Weise wie sie dokumentieren in der Zusammenarbeit sondern in Form von anderen Möglichkeit.

Auszug aus der Auswertung

Passage	Konzept	Eigenschaften	Dimensionen	Memo
Die gibt's es die Sachen die ich nicht den Computer eingeben möchte die gebe ich nicht in den Computer ein	Nicht eingeben wollen	Existenz Willen Eingabe	Geben - nicht geben nicht – schon mögen - nicht mögen eingeben - nicht eingeben	Hier ist auffällig, dass vieles in dieser Aussage eine Negierung dabei hat. Die interviewte Person schafft somit einen Nachdruck seiner*ihrer Aussage. Die Wiederholung, dass er*sie es dann tatsächlich nicht eingeben ist einerseits eine Bestätigung des vorher Gesagtem,

				andererseits auch ein Zeichen von Durchsetzung seines eigenen Willens
es gibt auch Fallbearbeitungen bei denen andere im Zentrum nicht involviert sind.	Fallbearbeitungen	Existenz Personen Ort Einbezug	Geben – nicht geben andere – selber im Zentrum – außerhalb des Zentrums nicht involviert – schon involviert	Hierbei geht es um eine Aussage über jene Fallbearbeitungen, bei welchen andere Professionen nicht mitarbeiten. Diese scheint es ebenso zu geben wie jene welche bei denen mehrere Professionen beteiligt sind. Dies bezieht sich allerdings rein auf die Zusammenarbeit im Zentrum.
Das hat damit zu tun dass ich als Sozialarbeiter der Stadt XY sozusagen formal verliehen bin an das Prämierversorgungszentrum.	Vertragsverhältnis	Zusammenhang Beruf Ort Wie	Zu tun haben – nicht zu tun haben Sozialarbeiter*in – keine Sozialarbeiter*in Stadt – Land verleihen – nicht verleihen	Hier beschreibt der*die Interviewpartner*in wie er*sie mit der Stadt xy im Zusammenhang steht. Es wird deutlich, dass er*sie nicht nur unter dem Prämierversorgungszentrum, sondern auch von der Stadt abhängig ist.

Eidesstattliche Erklärung

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Stephanie Schmid**, geboren am **25.06.1999** 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 Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Bachelorarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

Purkersdorf, am 12.05.2021

Unterschrift

S. Schmid