

Die Diagnosen sozialer Probleme in der ICPC-2 als Bewertungstool der SA@PV

Marianne Ullram, 1710406330

Bachelorarbeit 2
Eingereicht zur Erlangung des Grades
Bachelor of Arts in Social Sciences
an der Fachhochschule St. Pölten

Datum: 30.April.2021
Version: 1

Begutachterin: Sabina Frei, BA MA

Abstract

Die vorliegende Forschungsarbeit befasst sich mit dem Einsatz der ICPC-2, der internationalen Klassifikation der Primärversorgung, als Bewertungstool der Sozialen Arbeit in Österreich. Dabei wird im Speziellen auf das Z-Kapitel, die Diagnosen sozialer Probleme, eingegangen mit welchem Sozialarbeiter:innen in der Primärversorgung hauptsächlich arbeiten. Zur Erhebung der Ist-Situation wurde qualitativ mittels Leitfadeninterviews geforscht und die erhobenen Daten anschließend mit der Systemanalyse nach Froschauer und Lueger ausgewertet. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die ICPC-2 als Bewertungstool Sozialer Arbeit in der Primärversorgung derzeit noch hinter ihren Möglichkeiten zurück bleibt, obgleich Potenzial dafür zu erkennen ist. Schulungen und eine Adaptierung bestehender Computersysteme können einen wesentlichen Beitrag zu einer optimierten Nutzung leisten.

This research study investigates the application of ICPC-2, the International Classification of Primary Care, as an evaluation tool for Social Work. The diagnosis of social problems, Chapter Z, was specifically looked at, due to the fact that it is used predominantly by Social Workers employed in Primary Care. To qualitatively identify the current situation guideline interviews were conducted and the acquired data evaluated in accordance with system analysis by Froschauer and Lueger. The results indicate that ICPC-2 as an evaluation tool for Primary Care Social Work in Austria currently suggests room for improvement, even though its potential can be seen. Trainings courses and modification of existing computer systems can contribute significantly to an optimized utilization.

Inhalt

1 Einleitung	5
2 Forschungsinteresse	6
2.1 Vorannahmen	6
2.2 Relevanz der Forschung	7
2.3 Verwertungszusammenhang im Forschungsprojekt	8
3 Stand der Forschung.....	9
3.1 Primärversorgung	9
3.2 Soziale Arbeit in der Primärversorgung (SA@PV)	11
3.3 Bewertung.....	12
3.4 Diagnose.....	14
3.5 Klassifikation.....	15
3.6 International Classification of Primary Care (ICPC-2).....	16
3.6.1 ICPC-2 in der österreichischen Primärversorgung.....	16
3.6.2 Anwendung der ICPC-2.....	17
4 Forschungsprozess	19
4.1 Forschungsfragen.....	19
4.1.1 Hauptforschungsfrage	19
4.1.2 Subforschungsfragen	19
4.2 Methodenwahl	20
4.2.1 Forschungsfeld	20
4.2.2 Datenerhebung	20
4.2.3 Datenauswertung	21
4.3 Zirkularität im Forschungsprozess.....	21
5 Ergebnisdarstellung	22
5.1 Die ICPC-2 in der Primärversorgung.....	22
5.1.1 Sinn.....	22
5.1.2 Anwendung.....	23
5.1.3 Diagnosen sozialer Probleme.....	23
5.2 Die ICPC-2 in der SA@PV	24
5.2.1 Vorteile.....	24
5.2.2 Praxis	25
5.2.3 Herausforderungen.....	26
5.2.4 Lösungsmöglichkeiten	29
5.3 Die ICPC-2 als Bewertungstool	32
6 Resümee	34
6.1 Diskussion der Ergebnisse	34
6.2 Ausblick	37
Literatur	39

Daten	42
Abkürzungen	42
Abbildungen	43
Anhang.....	44
Eidesstattliche Erklärung	48

1 Einleitung

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

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

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

„[...] da haben wir eben versucht mit der ICPC zu beschreiben, warum verdammt noch mal gehen Patienten zum Hausarzt [...].“ (T6, Z42-43)

In meiner Forschungsarbeit konzentriere ich mich mit meiner Einzelarbeit auf die Verwendung der ICPC-2 – der International Classification of Primary Care Version 2 (vgl. ÖFOP 2017), von Sozialarbeitenden in der Primärversorgung. Innerhalb der ICPC-2 liegt das Hauptaugenmerk auf dem Z-Kapitel, den Diagnosen sozialer Probleme. Darin wiederum fokussiere ich auf den Einsatz der Diagnosen sozialer Probleme als Bewertungstool der Sozialen Arbeit in der Primärversorgung. Zu Beginn meiner Arbeit beschreibe ich in Kapitel 2 mein Forschungsinteresse und Vorannahmen zu meinem Forschungsvorhaben. Danach lenke ich die Aufmerksamkeit auf das erwähnte Theoriewissen und definiere essentielle Begrifflichkeiten in Kapitel 3. Neben der Darstellung des Stands der Forschung stelle ich erste Querverbindungen zu den späteren Ergebnissen meiner Forschungstätigkeit her. In Kapitel 4 liefere ich einen Überblick über den Forschungsprozess – hier finden meine Forschungsfragen und auch die Wahl meiner verwendeten Methoden Platz. Daran schließt die Darstellung der Forschungsergebnisse an und in Kapitel 5 präsentiere ich die zentralen Findings aus meiner Forschung. Im Abschlusskapitel 6 greife ich einige dieser Findings noch einmal auf und diskutiere sie kritisch. Ebenso stelle ich weiterführende offene Fragen und thematisiere Implikationen für die Praxis der Sozialen Arbeit auch außerhalb der Primärversorgung.

¹ Diese Beschreibung des Gesamtprojektes wurde von der Studierendengruppe gemeinsam verfasst und in den individuellen Arbeiten veröffentlicht.

2 Forschungsinteresse

Die sich in Österreich im Aufbau befindende Primärversorgung (siehe Kapitel 3.1) stellt für mich ein zukunftsorientiertes Einsatzgebiet Sozialer Arbeit dar und bietet durch die relativ kurze Entstehungsgeschichte vielfältigen Raum für Forschung. In der Zusammenarbeit im Gesamtforschungsprojekt und nach der Teilnahme an einem vertiefenden Seminar (Kurzseminar der FH St.Pölten „Sozialarbeit in der Primärversorgung“) kristallisierte sich mein Interesse für die Bewertung der Sozialen Arbeit in der Verbindung mit der Verwendung der ICPC-2 Codierung (siehe Kapitel 3.6) heraus. Bis dato war mir zwar die ICD-10 Klassifizierung (International Classification of Diseases, Version 10) aus dem medizinischen Kontext ein Begriff (vgl. Statistik Austria 2019), jedoch nicht die ICPC Codierung, die speziell für den Einsatz in der Primärversorgung entwickelt wurde (vgl. ÖFOP 2017).

In den folgenden Unterkapiteln führe ich mein Forschungsinteresse durch die Beschreibung meiner Vorannahmen weiter aus, belege die Relevanz meines Forschungsvorhabens und beschreibe die Einbettung meiner Forschung in das Gesamtforschungsprojekt.

2.1 Vorannahmen

Soziale Arbeit und Bewertung – (wie) kann das zusammenpassen? Im Austausch mit Kolleg:innen und Sozialarbeiter:innen aus der Praxis fand ich eine große Bandbreite an Meinungen vor: Soziale Arbeit soll nicht bewerten, Soziale Arbeit kann nicht bewertet werden, aber auch Bewertung von Sozialer Arbeit bringt Legitimitätsansprüche und macht Soziale Arbeit sichtbar(er).

Im Rahmen der Primärversorgung kann die Soziale Arbeit Bewertungen mit Hilfe von Diagnosen sozialer Probleme vornehmen. Das bedeutet, dass Sozialarbeitende mit Hilfe des Kodierungssystems ICPC-2 für Klient:innen einen individuellen Beratungsanlass festlegen – eine Z-Diagnose (Diagnose Sozialer Probleme, siehe Kapitel 3.6). Kommt beispielsweise Fr. Maier² aufgrund von Belastungen wegen ihrer aktuellen Arbeitssuche zu mir in die sozialarbeiterische Beratung, so kann ich den Code Z06 „Problem mit Arbeitslosigkeit“ auswählen und im System vermerken.

An dieser Stelle, an der der:die Sozialarbeiter:in die passende Z-Diagnose auswählt, setzt meine Forschung an. Ich vermute, dass Sozialarbeiter:innen diese Auswahl unterschiedlich wahrnehmen und subjektiv bewerten. Sie können sich damit unwohl fühlen, da sie die komplexe Lebenssituation einer Person auf eine Diagnose reduzieren sollen. Andererseits wird durch die Abbildung unterschiedlicher Beratungsanlässe der Einsatz von Sozialer Arbeit sichtbar und kann beispielsweise in einer Jahresübersicht dargestellt werden. Das kann der Profession helfen ihre Leistung darzulegen und auch zu verantworten (z.B. gegenüber Kostenträger:innen).

² Fantasiename

Ich möchte mit meiner Forschung herausfinden, wie und ob die Diagnosen Sozialer Probleme als Bewertungstool von Sozialer Arbeit eingesetzt werden und wie Akteur:innen in der Praxis damit umgehen. Gleichzeitig möchte ich Praktiker:innen ermutigen die Profession Soziale Arbeit in der Primärversorgung sichtbar zu machen, um damit ihre Wichtigkeit generell sowie im multiprofessionellen Team (siehe Kapitel 3.1) hervorzuheben.

2.2 Relevanz der Forschung

„Die Geschichte der Sozialen Arbeit ist traditionell eng mit Themen der Gesundheit verbunden.“ (Redelsteiner 2017:10) Dennoch kann die Soziale Arbeit für sich nicht reklamieren ein Gesundheitsberuf zu sein, ausgewiesen durch ein eigenes Berufsgesetz (wie es andere Gesundheitsfachberufe aufweisen). Um in dieser vielfältigen Landschaft der österreichischen Gesundheitsversorgung bestehen, oder besser noch aufzeigen zu können, erachte ich es als essentiell erbrachte Leistungen transparent und professionell sichtbar zu machen. An vielen Standorten der Primärversorgung in Österreich (siehe Kapitel 3.1) konnte sich Soziale Arbeit bereits etablieren und ihren Wert in der Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team zeigen. Aber wie kann dieser Wert auch nach außen hin sichtbar gemacht werden? Bewertung kann von unterschiedlichen Seiten aus erfolgen – ich, als Sozialarbeiterin, kann meine eigene Leistung bewerten, ich kann Klient:innen nach ihrer Zufriedenheit befragen, Vorgesetzte können meine Leistung in Form einer Zeiterfassung bewerten oder Kostenträger:innen die Anzahl von bearbeiteten Fällen. In allen diesen Varianten geht eines jedoch nicht hervor – was habe ich denn eigentlich gemacht? Wofür bekomme ich bezahlt und bin ich dieses Geld auch wert?

Hier ist es hilfreich genau zeigen zu können, worin die Leistung der Sozialen Arbeit besteht. Durch die Anwendung eines Klassifikationssystems wie der ICPC-2 (siehe Kapitel 3.6) können eben diese Beratungsanlässe transparent und nachvollziehbar gemacht werden. Damit kann die Sichtbarkeit Sozialer Arbeit in der Primärversorgung erhöht und dadurch eventuell auch die Arbeitssituation von Sozialarbeiter:innen verbessert werden – beispielsweise durch Aufstockung von Arbeitsstunden oder überhaupt durch Implementierung von Sozialer Arbeit am jeweiligen Standort. Durch eine durchgehende Erfassung von Beratungsanlässen kann auf diese in einem Jahresbericht Rückschau gehalten und möglicherweise strukturelle Probleme sichtbar gemacht werden. Ich denke hier beispielsweise an einen Anstieg von Versorgungsproblematiken alter Menschen, der dann mit konkreten Zahlen belegt werden, und damit Lücken im System aufzeigen kann.

Jedoch gibt es noch einen anderen, negativ verknüpften, Aspekt von Bewertung Sozialer Arbeit in der Primärversorgung. Aus Sicht von Praktiker:innen scheint die Auswählmöglichkeit aus 29 Diagnosen Sozialer Probleme (siehe Kapitel 3.6) auch einen einschränkenden und sogar stigmatisierenden Charakter zu haben. „Durch die Entscheidung, was einen ‚Fall‘ eigentlich zu einem ‚Fall‘ macht, verfügen die dokumentierenden Sozialarbeiter_innen über eine große Definitionsmacht gegenüber den Klient_innen.“ (Zauner 2016:188) Vergebe ich an den Patienten Hr. Schuster³ die Diagnose Z01 „Armut/finanzielle Probleme“, so kann das die Sicht von anderen Berufsgruppen auf Hr.

³ Fantasiename

Schuster verändern oder einengen. Außerdem ist die Vergabe der Z-Diagnosen hauptsächlich Defizit-orientiert – entgegen der Grundhaltung der Sozialen Arbeit nach Empowerment, Stärkenorientierung und Einbindung von Klient:innen in den Arbeitsprozess (Stichwort „Partizipative Entscheidungsfindung“ (Goger/Tordy 2019:38)). So vermute ich, dass die Anwendung von Diagnosen Sozialer Probleme bei Sozialarbeiter:innen Skepsis und eine ambivalente Haltung auslösen kann.

Durch die Beforschung der Ist-Situation – sowohl in der täglichen Praxis der Sozialen Arbeit in der Primärversorgung als auch auf struktureller Ebene – kann Skepsis abgebaut sowie möglicherweise eine Adaption der ICPC-2 initiiert werden. Dadurch kann sich die Möglichkeit eröffnen den Stellenwert von Sozialer Arbeit in der Primärversorgung zu steigern und gleichzeitig auch die Arbeitszufriedenheit von Praktiker:innen zu verbessern.

2.3 Verwertungszusammenhang im Forschungsprojekt

„Ziele des Projekts sind die Erforschung der Ist-Situation sowie die Weiterentwicklung von Grundlagen der Dokumentation für SozialarbeiterInnen.“ (FH St.Pölten o.A:3)

Durch die Erforschung der aktuellen Situation, der Anwendung von Diagnosen Sozialer Probleme von Sozialarbeiter:innen in der Primärversorgung, wird das erste Teilziel des Gesamtprojektes durch mein Forschungsvorhaben erreicht. Wie in Kapitel 2.1 beschrieben, erhebe ich die Situation von Praktiker:innen der Sozialen Arbeit in der Primärversorgung im Moment der Diagnosevergabe und ihren Umgang damit. Eine „Mitgestaltung der Profession“ (ebd.:1) erreiche ich durch die Praxisnähe meiner Forschung mit der Einbeziehung von Sozialarbeiter:innen und Allgemeinmediziner:innen und einem Austausch mit WONCA, der Weltorganisation für Allgemein- und Familienmedizin und Initiatorin der ICPC-Klassifikation. Damit kann ich herausfordernde Situationen aus der Praxis mit theoretischem Input verbinden und dadurch neue Lösungsansätze entwickeln – dem zweiten Teilziel des Forschungsprojektes.

Innerhalb des Gesamtforschungsprojektes beschäftigte nicht nur ich mich mit der ICPC-2 Codierung, sondern ich teile dieses Interesse mit meiner Studienkollegin Ines Schnell. Während ich einen Schritt zurück auf die Metaebene trete und die Codierung von Diagnosen im Zusammenhang mit Bewertung Sozialer Arbeit betrachte, beforscht meine Kollegin Vorteile der ICPC-2 für Praktiker:innen. Innerhalb des Forschungsprozesses arbeiteten wir daher in einem engen Austausch zusammen, was durch die Bündelung von Ressourcen und Synergien einen deutlichen Mehrwert für unseren Beitrag zum Gesamtforschungsprojekt ergab.

Zu Beginn einer jeden Forschung steht eine umfassende Literaturrecherche. Daraus ergab sich für mich die Notwendigkeit unterschiedliche Begrifflichkeiten zu definieren und darzulegen. Dies zeige ich im Folgekapitel 3.

3 Stand der Forschung

Im Rahmen der Bundgesundheitskonferenz fiel Ende März 2014 der Startschuss zur Neugestaltung der Primärversorgung in Österreich (vgl. Halmich 2019:10). Wie bereits der relativ kurze zeitliche Rahmen (2014 bis 2021) vermuten lässt, ist die Landschaft der Primärversorgung in Österreich überschaubar und auch die Verankerung in Literatur und Forschung ausbaufähig. So bewegte ich mich mit meinem Forschungsinteresse auf teilweise (noch) wenig beforschten Pfaden in einer Grauzone aus Sozialer Arbeit, Allgemeinmedizin und professionsethischen Überlegungen. Um für Übersicht zu sorgen, stelle ich im Folgenden die wichtigsten Schlagworte rund um meine Forschungsarbeit vor. Ich gehe auf essentielle Begrifflichkeiten meines Forschungsthemas ein und beschreibe dabei für jeden Unterbegriff eine für diese Arbeit durchgängig gültige Definition.

3.1 Primärversorgung

Bezug nehmend auf die Weltgesundheitsorganisation(WHO)-Erklärung von Alma Ata 1978 (vgl. WHO 1978) beschreibt das Österreichische Forum Primärversorgung den Begriff „Primärversorgung“ wie folgt:

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

Was bedeutet das nun genau und wie kann man sich die Primärversorgung in der Praxis vorstellen? Die Primärversorgung soll einen niederschwülligen und gleichzeitig zielgerichtet weiter verweisenden ersten Kontakt für Patient:innen darstellen. Darüber hinaus sind auch Präventionsideen und Initiativen zur Gesundheitsförderung enthalten – eine deutliche Neuorientierung im Gegensatz zu dem wohlbekannten Konzept der Hausärztin beziehungsweise des Hausarztes. In Österreich ist das Primärversorgungssystem in Form von Primärversorgungszentren oder -netzwerken ausgestaltet und wird in meiner Arbeit unter dem Oberbegriff Primärversorgungseinheit (PVE) zusammengefasst. Die zwei dazu relevanten Bundesgesetze sind das Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz und das Primärversorgungsgesetz (vgl. Halmich 2019:10f). Eckpunkte zur Definition von Primärversorgung, zum Team, zu den Anforderungen und zum Leistungsumfang sowie zum Versorgungskonzept und weiteren organisatorischen und rechtlichen Rahmenbedingungen sind darin enthalten (vgl. ebd.:11ff).

In der Praxis der PVE arbeitet rund um den Patient:in ein Team bestehend aus dem Kernteam (Mediziner:in, Pflegeperson, Ordinationsassistent:in) und dem erweiterten Team (bedarfsabhängig weitere Gesundheitsberufe oder soziale Professionen) und ermöglicht so einen niederschwelligen, breit gefächerten und gut erreichbaren Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen (vgl. Rebhandl 2019:51f). Welche Berufsgruppen für das erweiterte Team in der jeweiligen PVE tätig sind, obliegt einer Bedarfserhebung in der Region und der Entscheidung der Gründungsmitglieder.

Abbildung 1 stellt diese Organisationsform bildlich dar, wobei das obere Segment des Kreises das Kernteam abbildet und die übrigen Professionen das erweiterte Team. Gut zu sehen ist der Zugang zu Patient:innen aus einem multiprofessionellen Team heraus, der sowohl für Nutzer:innen als auch für Professionist:innen Vorteile bringt. Von der Zusammenarbeit im Team profitieren Mitarbeiter:innen einer PVE durch flexiblere Arbeitszeiten, dem gegenseitigen Austausch und einer gesteigerten Effizienz in der Behandlung von Patient:innen und daraus resultierender erhöhter Arbeitszufriedenheit (vgl. ÖGERN 2019:140ff).



Abbildung 1, Das Team rund um Patient:innen

Die Vorteile für Nutzer:innen stelle ich ebenfalls anhand einer Grafik (Abbildung 2) dar:

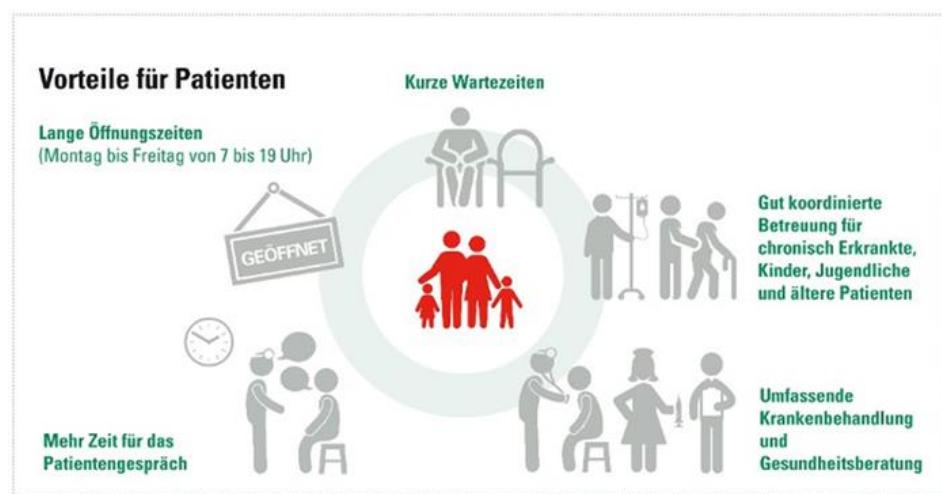


Abbildung 2, Vorteile für Patient:innen

Als leicht erreichbare erste Anlaufstelle bietet die PVE ein umfassendes Leistungsangebot für Nutzer:innen. So kann an einem (zentral gelegenen und niederschwellig zugänglichen)

Ort eine Bandbreite an Versorgungsoptionen angeboten werden – für Patient:innen kostenfrei und nur durch Vorweisung ihrer e-Card zugänglich. Sind weitere Behandlungs- oder Beratungssettings notwendig, tritt die PVE in ihrer Rolle als Lotsenfunktion auf und unterstützt Patient:innen in der Orientierung im Gesundheitssystem. Dies spart auf der einen Seite unnötige Wege für Patient:innen ein und führt durch zielgerichtete Zuweisungen auch zu einer Kostenreduktion auf Seiten von Leistungsträger:innen-Organisationen (vgl. Rebhandl 2019:52f).

Aktuell gibt es in Österreich 24 PVE und an 15 dieser Standorte wird Soziale Arbeit angeboten (vgl. Gierlinger/Zahorka 2020:39).

Nach dieser Beschreibung des Grundgerüsts in dem meine Forschungsarbeit operiert, werde ich im folgenden Unterkapitel auf die Soziale Arbeit innerhalb der Primärversorgung eingehen und damit erste Querverbindungen herstellen.

3.2 Soziale Arbeit in der Primärversorgung (SA@PV)

Innerhalb der Primärversorgung findet die Soziale Arbeit ihren Platz im erweiterten Team rund um das Kernteam (siehe Kapitel 3.1) und wird in meiner Arbeit als SA@PV, als Soziale Arbeit in der Primärversorgung, bezeichnet. Grundlegende Definitionen Sozialer Arbeit formuliert der Österreichische Berufsverband der Sozialen Arbeit (OBDS) im Berufsbild der Sozialarbeit aus. So lautet der erste Absatz:

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

Mit diesen Ansprüchen gehen auch Praktiker:innen der SA@PV an ihren Berufsalltag heran und erarbeiten nachhaltige und ressourcenorientierte Handlungsoptionen mit Klient:innen. Die Besonderheit der SA@PV ist also nicht die praktische Tätigkeit mit Klient:innen, welche sich nicht wesentlich von anderen Tätigkeitsfeldern Sozialer Arbeit unterscheidet, sondern die Einbettung der Sozialen Arbeit in ein multiprofessionelles Team und ein spezifisches Gesundheitssetting. Die Soziale Arbeit kann für Patient:innen von PVE einen deutlichen Mehrwert darstellen und wurde bereits zum Teil in Österreich implementiert (vgl. Gierlinger/Zahorka 2020:39f). Daher beschreibe ich die Soziale Arbeit als ein wichtiges Element der Primärversorgungsebene. In einer Informationsunterlage detailliert der OBDS die SA@PV in folgenden vier Punkten⁴:

- Spezifische Qualitäten und Leistungen: insbesondere die Unterstützung bei einem umfassenden psychosozialen Assessment durch unterschiedliche Tätigkeiten wie Beratung, Begleitung bei Außenterminen oder Hausbesuche (vgl. OBDS 2017b:2).

⁴ Der vorangegangene Absatz wurde bis auf meine persönlichen Anmerkungen von der Studierendengruppe im Forschungsprojekt gemeinsam verfasst. Dies gilt auch für die nachfolgende Aufzählung.

- Methodisches Vorgehen: unter anderem finden sich hier die fokussierte Kurzberatung, Krisenintervention oder eine umfassende psychosoziale Problem- und Ressourcenenalyse (vgl. ebd.:3).
- Ethische Standards: Sozialarbeiter:innen arbeiten nach den vom OBDS festgelegten Berufspflichten – wie die Verpflichtung zur Wahrung der Menschenrechte und der Transparenz im Betreuungsprozess, um nur zwei Beispiele zu nennen (vgl. ebd.:4).
- Finanzierung und Bezahlung: in diesem Bereich gibt es besondere Anschubfinanzierungen für Soziale Arbeit von Bund, Ländern oder Gesundheitskassa (vgl. ebd.:4).

An dieser Stelle gehe ich auch auf das Wording Klient:in / Patient:in / Nutzer:in ein. Ich verwende in dieser Arbeit alle Begriffe und zwar so, wie sie im jeweiligen Kontext am passendsten erscheinen. Menschen in Österreich, die eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen werden gemeinhin als Patient:innen bezeichnet. In der Sozialen Arbeit sprechen wir meist von Klient:innen, um einen neutralen Begriff mit wenig Defizit-Orientierung (im Sinne von: Patient:innen sind krank, ihnen „fehlt“ etwas) zu verwenden. Eine Person kann ein:e Patient:in in der PVE sein und gleichzeitig Klient:in der SA@PV. Auf jeden Fall ist sie auch Nutzer:in des Angebots der Primärversorgung. Daher möchte ich mich bewusst nicht auf einen Begriff festlegen, sondern durch die Verwendung aller Bezeichnungen auf die vielen unterschiedlichen und komplexen Ebenen allein in der versuchten Darstellung einer Einzelperson aufmerksam machen.

Nach der Beschreibung des Allgemeinsettings meiner Forschungsarbeit wende ich mich nun Begriffen zu, die von ihrer Benennung her für unterschiedliche Disziplinen relevant sein können. Bewertung, Diagnose und Klassifikation – Schlagwörter, denen man in Schule, Krankhaus oder Forschung begegnet. Ich werde diese Begriffe explizit auf ihre Verbindung zu meinem Forschungsinteresse (und damit der Sozialen Arbeit) hin beschreiben und stelle damit weitere Querverbindungen in meinem Theorie-Gerüst her.

3.3 Bewertung

Bewertung stellt einen Schlüsselbegriff in meiner Arbeit dar und verlangt daher nach einer umfassenden Betrachtung. Dem Begriff Bewertung immanent ist meist eine Form von Urteile fällen, also dem Festlegen eines Wertes einer (wie in diesem Fall) bestimmten Tätigkeit. Meine Forschung beschäftigt sich unter anderem mit der Bewertung von Sozialer Arbeit in der Primärversorgung und Überlegungen, wie diese gelingen kann. Dabei ist es nötig, den Begriff Bewertung auszudifferenzieren und von verschiedenen Seiten zu beleuchten:

- Bewertung als Evaluation:

Die Evaluation als empirisch-sozialwissenschaftliches Verfahren kann folgendermaßen definiert werden: „Es ist eine *methodisch kontrollierte, verwertungs- und*

bewertungsorientierte Form des Sammelns und Auswertens von Informationen.“ (Kromrey 2000:22; Herv.i.O.)

Hierbei wird nach Komrey (2000) nach vier prominenten Kriterien gefragt: WAS wird bewertet (Evaluations-Gegenstand), WER bewertet (Evaluator:in), WONACH wird bewertet (Evaluations-Kriterien) und WIE wird bewertet (Evaluations-Verfahren). Eine Beantwortung dieser Fragen ist im Alltag auf unterschiedliche Weise und in unterschiedlichen Kombinationen möglich. Demzufolge existieren keine spezifischen Evaluations-Methoden, sondern es muss, angepasst an die Gegebenheiten, das Geeignete ausgewählt werden (vgl. ebd.:19ff).

■ Bewertung als Konstruktion der Wirklichkeit

„Dass die Wirklichkeit, so wie wir sie erkennen, ein Produkt unserer Sinne, Gefühle, Gedanken und Kommunikationen ist, hat sich inzwischen bis in die Lebenswelten hinein herumgesprochen.“ (Kleve 2009:11) Demzufolge kann eine von Sozialarbeiter:innen vergebene Diagnose nur eine momentane Konstruktion der aktuellen Wirklichkeit darstellen, wie sie zu dem jeweiligen Zeitpunkt wahrgenommen wird. Hierbei ist eine bewusste und zielgerichtete (Selbst)Reflexion empfehlenswert um eigene Wirklichkeitskonstruktionen zu erkennen und gegebenenfalls auch verändern zu können (vgl. ebd.:132f).

■ Bewertung als Legitimationsanspruch

Die Österreichische Soziallandschaft sieht sich zunehmend mit einem Transformationsprozess, der „Ökonomisierung des Sozialen“ (Bakic et al. 2008:52), konfrontiert und so entsteht auch für die Soziale Arbeit die Notwendigkeit ihre Tätigkeit gegenüber der Öffentlichkeit und/oder sozialpolitischen Financiers auszuweisen. Nach Zauner (2016) stellt sich hier die Frage, wie oder ob sich Leistung und Wirkung in der Sozialen Arbeit überhaupt messen lassen? Bereits Kromrey betont im Kontext der Evaluation die Herausforderung Humandienstleistungen zu bewerten (vgl. Kromrey 2000:27f). Zauner führt diese Überlegungen weiter aus und beschreibt was es braucht, um Soziale Arbeit beschreibbarer zu machen und welche Schwierigkeiten dies gleichzeitig aufwirft: für einen fundierten ökonomischen Leistungs- und Wirkungsnachweis werden gut messbare Daten und Fakten benötigt, die in einer Statistik ausgedrückt werden können. Hierfür ist es notwendig Kategorien zu bilden, um Inhalte vergleichbar zu machen. Die dafür nötige Standardisierung birgt jedoch wiederum die Gefahr über vordefinierte Kategorien den Inhalt einzusperren und in eine vorgegebene Form zu pressen. Daher ist es essentiell einen offenen Blick zu bewahren und die Soziale Arbeit als Tätigkeit zu verstehen, welche „die Komplexität von Beziehungsstrukturen in den Blick nimmt und den Tätigkeitsbereich als prozesshaft begreift, der sich eben nicht mit einfachen Ziel-Mittel-Relationen erfassen lässt“ (Zauner 2016:183). Die Leistung Sozialer Arbeit lässt sich eben nicht alleine durch Zahlen ausdrücken – dies sollte jedenfalls bei dem Anspruch sie auf Basis von quantitativen statistischen Daten zu bewerten mitbedacht werden (vgl. ebd.:182f).

Legitimationsansprüche gegenüber Sozialer Arbeit können nach Zauner jedoch nicht nur in einem ökonomischen Kontext gefordert werden, sondern auch im Hinblick auf die Legitimation Sozialer Arbeit als Profession, gegenüber Klient:innen Sozialer Arbeit und im Zusammenhang juristischer Haftbarkeit. Im Kontext zur Profession sollen Fragen wie „Braucht es Soziale Arbeit?“ oder „Was unterscheidet Soziale Arbeit von anderen Professionen?“ beantwortet werden. Gegenüber Klient:innen ist die Soziale Arbeit dazu angehalten, ein Höchstmaß an Transparenz zu gewährleisten (vgl. ebd.:184f). In Bezug auf meine Forschung wird damit der Bereich partizipativer Entscheidungsfindung eröffnet in dem gefragt werden kann, wie weit die Soziale Arbeit Klient:innen in die Diagnosewahl miteinbeziehen kann beziehungsweise soll. Auf den Bereich der juristischen Haftbarkeit werde ich in dieser Arbeit nicht näher eingehen, da er außerhalb meines Forschungsgebietes liegt.

■ Bewertung durch die SA@PV

Soziale Arbeit kann nicht nur bewertet werden, sondern auch selbst bewerten. Dies kann durch die Wahrnehmung des politischen Mandats der Sozialen Arbeit geschehen, indem Soziale Arbeit sozialpolitisch relevante Themen aufzeigt und zur Diskussion stellt. Bakic et al. (2008) formulieren hierzu provokativ: „Soziale Arbeit hat hier eine ‚Erziehungsfunktion‘ zu übernehmen, angesichts einer unerzogenen Wirtschaft und Politik unserer Tage.“ (Bakic et al. 2008:54; Herv. i. O.)

Bezogen auf mein Forschungsinteresse kann das bedeuten, dass die SA@PV nicht nur selbst bewertet wird, sondern durch die Vergabe von Diagnosen auch selbst an einer Bewertung, einem „vergleichbar machen“, mitwirken kann indem sie dazu beiträgt soziale Missstände aufzuzeigen.

Zusammenfassend möchte ich festhalten, dass die Bewertung ein sehr umfassender und breit zu interpretierender Begriff ist. Meine hier angeführten Beispiele erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit, jedoch bilden sie meine für diese Forschungsarbeit zentralen Überlegungen ab. In weiterer Folge werden unterschiedliche Seiten von Bewertung eine Rolle spielen – darauf gehe ich in der Darstellung meiner Ergebnisse in Kapitel 5.3 ein.

3.4 Diagnose

Silvia Staub-Bernasconi (2007) beschreibt zunächst die Ablehnung, mit der die Soziale Arbeit oftmals dem Begriff Diagnose gegenübersteht: „Der Diagnose-Begriff steht bekanntlich im Verdacht, einer medizinisch-klinischen Diagnosevorstellung entlehnt zu sein, was dazu führt, dass man glaubt, in sozialarbeiterischen [...] Handlungsfeldern darauf verzichten zu können.“ (Staub-Bernasconi 2007:287) Allein vom Wortursprung her bedeutet „diagnosis“ (griechisch) Unterscheidung, Beurteilung, Erkenntnis (vgl. DWDS o.A.). Staub-Bernasconi betont in ihrer Beschreibung von Diagnose das prozesshafte Element in der Anwendung von Diagnosen in der Sozialen Arbeit. Somit wird mit der Diagnose-Vergabe das Geschehen abgebildet, in dem sich Klient:innen und Sozialarbeiter:innen begegnen und

„zusammen versuchen herauszufinden, was der unmittelbare Anlass und die Probleme sind, die zu dieser Begegnung geführt haben“ (Staub-Bernasconi 2007:288).

Damit beschreibt Staub-Bernasconi genau die Funktionsweise – das Definieren von Beratungsanlässen – welche die ICPC Codierung im Vergleich zu anderen Klassifikationen so überaus wertvoll und sinnvoll für die Arbeit in der Primärversorgung macht. Darauf werde ich in Kapitel 3.6 ausführlich eingehen. Hier hebe ich hervor, dass die Diagnose als Anlass für eine sozialarbeiterische Beratung verstanden werden, und in dieser Funktion für die Soziale Arbeit einen wertvollen Beitrag leisten kann.

Der Diagnose-Begriff ist Sozialarbeitenden auch aus der sozialen Diagnostik (vgl. beispielsweise Pantuček-Eisenbacher 2019) bekannt. Darauf gehe ich in dieser Forschungsarbeit jedoch nicht weiter ein.

3.5 Klassifikation

Auf den ersten Blick kann der Begriff Klassifikation ein eindeutiges Bild erzeugen und die Notwendigkeit einer Definition unnötig erscheinen lassen. Doch fand ich in meiner Literaturrecherche einen Zugang zu Klassifikation, den ich nicht unbeachtet lassen möchte: so erwähnt Bourdieu in seiner voraussetzungsvollen und anspruchsvollen Literatur das „classement“, die Klassifikation, und meint damit „die Einteilung von Dingen oder Objekten in [...] Klassen“ (Fröhlich/Rehbein 2014:148). Weiter führt er die Funktion von Klassifikationen an – sie ordnen zu, grenzen ab, legen Beziehungen fest und stellen so spezifische Ordnungen her. Zusätzlich thematisiert Bourdieu eine Herrschaft, die durch Klassifikationen geformt werden kann und die zugleich davon abhängig ist im sozialen Prozess reproduziert zu werden (vgl. ebd.:148f). Ohne nun viel tiefer in Bourdieu einzutauchen, möchte ich diesen Gedanken, dass eine Klassifikation mehr sein kann als die Anordnung von Daten nach bestimmten Kriterien, mitnehmen und in Kapitel 6 wieder aufgreifen.

Grundsätzlich kann der Definition der Universität Wien folgend eine Klassifikation folgendermaßen beschrieben werden: Mit Hilfe einer Klassifikation können „**Daten nach bestimmten Kriterien angeordnet, in ihrer Komplexität reduziert und in übersichtlicher Form dargestellt werden**“ (Universität Wien 2012; Herv.i.O.). Unterschieden wird zwischen Kategorie und Klassifikation. Erstere fasst eine Menge an Daten mit gleichen Merkmalen zusammen, letztere versucht regelmäßig auftretende Varianten von Sachverhalten zu identifizieren und in Beziehung zueinander zu bringen (vgl. ebd.).

Als letztes Unterkapitel folgt die Beschreibung der ICPC – der „International Classification of Primary Care“. Um meiner Analogie eines Gerüsts zu folgen: mit der nachstehenden Ausführung verlege ich die Bodenplanken und mache somit das Grundgerüst meiner Forschungsarbeit von allen Seiten begehbar und verbinde die verschiedenen Streben miteinander.

3.6 International Classification of Primary Care (ICPC-2)

Um gedanklich an das vorherige Kapitel anzuschließen, stelle ich zu Beginn den Sinn und Nutzen einer Klassifikation im medizinischen Bereich vor. Eine Klassifikation ist:

„Ein Ordnungssystem, das auf dem Prinzip der Klassenbildung beruht. In einer Klasse werden alle Begriffe zusammengefasst, zwischen denen bei der Auswertung der Dokumentation nicht unterschieden werden soll.“ (Kühlein 2018a:11)

Die Klassifikation soll Gleicher zusammenfassen und somit sichtbar, beschreibbar und auswertbar machen. Aus der Medizin weltweit bekannt ist die von der WHO anerkannte ICD Klassifikation – die „International Classification of Diseases“, die derzeit in ihrer 10. und 11. Auflage, der ICD-10 bzw. ICD-11 verwendet wird (vgl. WHO o.A.). Die ICD-10 ist ein ausführliches Werk mit detailreichen Kapiteln, in denen sich spezialisierte Codes für die gesamte Bandbreite der Medizin wiederfinden. Fachärztinnen und -ärzte arbeiten in der Regel nur mit ausgewählten Kapiteln und benötigen die Detaillierung, um in ihrem Fachgebiet verwertbare Daten liefern zu können. Denn darin liegt auch der Nutzen einer internationalen Klassifikation – einheitliche und vergleichbare Daten zu Schlüsselfragen („Wie gesund ist die Welt?“ / „Wie werden Menschen krank?“ / „Wie reagiert das Gesundheitssystem?“) der weltweiten Gesundheitsversorgung zu liefern und für verschiedene Organisationen und Personen (Regierungen, Forscher:innen, Krankenhäuser, etc.) zugänglich zu machen (vgl. ebd.).

Rasch stellte sich heraus, dass diese Form der Klassifikation für die Allgemeinmedizin und hier für die Primärversorgung wenig geeignet ist. Allgemeinmediziner:innen benötigen eben nicht diese Spezialisierung, sondern vielmehr einen breiteren und zugleich einfach zu handhabenden Zugang zur einer Klassifikation. Zur ICD in der Primärmedizin sagte einst Margaret Chan, ehemalige WHO Präsidentin: „It might serve as a good door stopper!“ (T6, Z32-33) Es war klar – die ICD ist nicht geeignet, aber was kann besser passen? Ein Komitee innerhalb der WONCA, der World Organization of Family Doctors (vgl. WONCA o.A.), entwickelte in den 1980er Jahren eine neue Klassifikation, die International Classification of Primary Care, kurz ICPC. Dieses Komitee ist das WICC, das Wonca International Classification Committee (vgl. WICC o.A.). Aktuell liegt die zweite Version, die ICPC-2, vor und die dritte Version wird zurzeit bereits im englisch-sprachigen Raum implementiert (vgl. ICPC-3 o.A.).

Nach diesem Ausflug in die Entstehungsgeschichte der ICPC stelle ich die aktuelle Situation in Österreich vor und erkläre im Anschluss daran die Verwendung der ICPC-2, da dies für das Verständnis meiner Arbeit essentiell ist.

3.6.1 ICPC-2 in der österreichischen Primärversorgung

Im Zuge der Zielsteuerung Gesundheit wurde die ICPC-2 als Codierung für die Primärversorgung in Österreich festgelegt (vgl. ÖFOP 2017). Dies bedeutet, dass Österreich

die Lizenz zur Verwendung der ICPC-2 von WONCA gekauft hat und diese Verwendung in Form einer Codierpflicht in den PVE vorschreibt.

3.6.2 Anwendung der ICPC-2

Wie funktioniert die Codierung in der ICPC-2? Dies erkläre ich im Folgenden anschaulich und praxisnah an einem Beispiel:

Die Patientin Fr. Hilfmir⁵ sucht eine PVE auf und wendet sich an Dr. Alleswirdgut⁶. Sie klagt über Kopfweh. Die Kopfschmerzen bilden den sogenannten Beratungsanlass ab, also den Grund, warum Fr. Hilfmir als Patientin die PVE aufsucht. Dies kann Dr. Alleswirdgut mit Hilfe der ICPC-2 codieren. Kopfschmerz findet sich im Kapitel N (Neurologisch) an erster Stelle, N01. Dr. Alleswirdgut legt anschließend die Behandlungsepisode „Abklärung Kopfschmerzen“ fest. Alles was weiter zu dieser Episode gehört – Prozeduren wie die Verschreibung von Medikamenten oder eine Überweisung sowie weitere Symptome – wird darunter zusammengefasst. Der Beratungsanlass, den die Patientin Fr. Hilfmir durch ihre eigene Aussage festlegt, kann in weiterer Folge zu einer medizinischen Diagnose werden. Es kann sich herausstellen, dass die Patientin an Migräne, einem Hirntumor oder einer anderen Krankheit leidet. Dies alles kann Dr. Alleswirdgut in der Episode festhalten. Es kann aber auch sein, dass Fr. Hilfmir keine weitere Behandlung benötigt und die Episode „Abklärung Kopfschmerzen“ nach nur einem Besuch beendet ist. Oder Dr. Alleswirdgut stellt im Gespräch mit der Patientin fest, dass sie auf Grund der Pflege ihres Vaters überfordert ist. Dann bekommt Fr. Hilfmir eine Überweisung zur Sozialarbeiterin Fr. Duschaffstdas⁷ und wird mir ihr gemeinsam in der Beratung weiterarbeiten. Auch Fr. Duschaffstdas kann ihre Findings in ICPC-2 codieren. Dazu steht ihr unter anderem das Z-Kapitel zur Verfügung, welches 29 Codes für Soziale Probleme beinhaltet.

⁵ Fantasiename

⁶ Fantasiename

⁷ Fantasiename

Alle Codes der ICPC-2 finden auf dem sogenannten „Two-Pager“ (Abbildung 3) Platz. Besonders relevant für meine Forschungsarbeit ist das Z-Kapitel (Abbildung 4).

Abbildung 3, Two-Pager

Soziale Probleme	
Z01	Armut/finanzielle Probleme
Z02	Probleme mit Ernährung/Wasser
Z03	Wohnungs-/Nachbarschaftsprobleme
Z04	Soziokulturelle Probleme
Z05	Probleme am Arbeitsplatz
Z06	Problem mit Arbeitslosigkeit
Z07	Ausbildungsproblem
Z08	Problem mit Sozialhilfe
Z09	Rechtliches Problem
Z10	Problem mit Gesundheitssystem
Z11	Problem mit Compliance/Kranksein
Z12	Beziehungsproblem Partner/Partnerin
Z13	Problem durch Verhalten des Partners
Z14	Problem mit Erkrankung des Partners
Z15	Problem mit Verlust/ Tod des Partners
Z16	Beziehungsproblem mit Kind
Z18	Problem mit Erkrankung des Kindes
Z19	Problem durch Verlust/Tod d. Partners
Z20	Beziehungsproblem mit Eltern/Familie
Z21	Problem durch Verhalt. Eltern/Familie
Z22	Problem mit Erkrankung Eltern/Familie
Z23	Problem mit Verlust/Tod Eltern/Familie
Z24	Beziehungsproblem mit Freund
Z25	Körperl. Misshandlung/sex. Mißbrauch
Z27	Angst vor sozialen Problemen
Z28	Funktionseinschr./Behinderung (Z)
Z29	Soziale Probleme NNB

Abbildung 4, Diagnosen sozialer Probleme

Zusammenfassend halte ich zur Verwendung der ICPC-2 fest (vgl. Kühlein 2018b):

- Die BEHANDLUNGSEPIISODE beginnt mit dem ersten Kontakt, fasst Informationen sinnvoll zusammen und kann als Kommunikationseinheit verschickt werden.
 - Der BERATUNGSSANLASS wird alleine von dem:der Patient:in definiert, kann aus ärztlicher Sicht falsch und jeder Code der ICPC-2 sein.
 - Das BERATUNGSERGEBNIS kann eine Diagnose sein, kann aber ebenfalls die Angst vor einer Diagnose, eine Versorgungsproblematik oder eine bestimmte Beschwerde sein.

Diese Beschreibung zeigt die von WONCA intendierte Anwendung der ICPC-2. Auf die tatsächliche Anwendungsform der ICPC-2 in der SA@PV aktuell in Österreich gehe ich an dieser Stelle nicht weiter ein, da ich dies in Kapitel 5 ausführlich darstellen und diskutieren werde. Nach der Erörterung der theoretischen Grundlagen meiner Forschungsarbeit schließe ich mit der Darstellung des Forschungsprozesses an.

4 Forschungsprozess

Mein Forschungsdesign orientiert sich nach Flick (2016) an den Parametern einer qualitativen sozialwissenschaftlichen Forschung und ist dadurch Thesen generierend. Qualitative Forschung wählt gezielt bestimmte Untersuchungsteilnehmer:innen aus, die Datenerhebung ist offen gestaltet und zielt auf ein Verstehen von Gesamtzusammenhängen ab (vgl. Flick 2016:24). Das bedeutet, dass ich mich auf Grund der inhaltlichen Schwerpunktsetzung meiner Forschung bewusst für die Auswahl meiner Gesprächspartner:innen entschieden habe und in der Auswertung der Gesprächsinhalte diese auf einen verallgemeinerbaren Zusammenhang hin untersucht habe.

Der Forschungsprozess ist ein wesentlicher Bestandteil einer Forschungsarbeit. Er begleitet mich seit dem ersten Entstehen meines Forschungsinteresses und der konkreten Formulierung der Forschungsfragen, über die theoretische Verortung in einem bestimmten Forschungsfeld, bis hin zur tatsächlichen Datenerhebung. Als Abschluss folgt schließlich die Auswertung dieser Daten und eine Verschriftlichung der Ergebnisse. Begleitet wird dieser Arbeitsprozess von einer ständigen (Selbst)Reflexion im Forschungsprozess und einer zirkulären Arbeitsweise.

4.1 Forschungsfragen

Mit der Hauptforschungsfrage umreiße ich mein Forschungsvorhaben und detailliere es mit Hilfe von drei Subforschungsfragen.

4.1.1 Hauptforschungsfrage

Wie kann die Anwendung von Diagnosen sozialer Probleme innerhalb der ICPC-2 zur Bewertung der SA@PV beitragen?

4.1.2 Subforschungsfragen

- Subforschungsfrage 1

Wann und warum werden die Diagnosen von Sozialarbeiter:innen angewendet?

Angewendet im Sinne der SA@PV.

- Subforschungsfrage 2

Wie wird die Anwendung der Diagnosen von Sozialarbeiter:innen erlebt?

Erlebt soll hier meinen: subjektiv wahrgenommen und bewertet.

■ Subforschungsfrage 3

Welche Zusammenhänge gibt es zwischen den Diagnosen und Bewertungen der SA @PV?

4.2 Methodenwahl

Als Methode zur Datenerhebung setzte ich Leitfadeninterviews ein. Mit Hilfe der Systemanalyse nach Froschauer und Lueger (siehe Kapitel 4.2.3) wertete ich im Anschluss daran (und währenddessen) meine erhobenen Daten aus.

Als besondere Herausforderung und gleichzeitig als möglichen Vorteil stellte sich die Corona Pandemie in der Datenerhebung heraus. Einerseits waren persönliche face-to-face Kontakte bei Interviews, bedingt durch Beschränkungen im öffentlichen Leben, nicht möglich. Andererseits konnte ich durch die Pandemie im vergangen Jahr bereits Erfahrungen mit online-Kommunikations-Tools erwerben. Dadurch war beispielsweise auch ein Gespräch mit einem Universitätsprofessor in Deutschland problemlos und einfach durchführbar. So konnte ich den geografischen Radius meiner Datenerhebung erweitern und damit zu einem differenzierten Datenpool beitragen. Der Datenpool setzt sich aus Beiträgen aller Studierenden des Gesamtprojekts zusammen, auf den die gesamte Projektgruppe Zugriff hat. Da das Forschungsfeld in Österreich überschaubar ist, führten wir viele Interviews gemeinsam in Zweier- oder Dreiergruppen durch. So schonten wir die Ressourcen unserer Interviewpartner:innen und konnten Mehrfachanfragen und -termine erfolgreich vermeiden. Als zusätzlichen Vorteil erlebten wir die Durchführung der gemeinsamen Interviews in der Gruppe als einen sich wechselseitig konstruktiv beeinflussenden Prozess, der zu vielfältigeren Ergebnissen führte.

4.2.1 Forschungsfeld

Meine Forschungsarbeit ordne ich nach der Einteilung des OBDS dem Handlungsfeld Gesundheit zu. Wenn auch wir als Sozialarbeiter:innen (noch) in keinem gesetzlich verankerten Gesundheitsberuf tätig sind, so ist die Tätigkeit in einer PVE doch deutlich diesem bestimmten Handlungsfeld zuzuordnen. „Sozialarbeit bietet Hilfe zur möglichst eigenständigen Lebensbewältigung [...].“ (OBDS 2004:6) Mit diesem Leitgedanken wird die Tätigkeit der Sozialen Arbeit auch im Handlungsfeld Gesundheit prägnant beschrieben und bildet einen Leitgedanken der Tätigkeit der SA@PV ab.

4.2.2 Datenerhebung

Zur Gewinnung meiner Daten führte ich Leitfadeninterviews mit unterschiedlichen Expert:innen durch. Bereits durch die Auswahl meiner Gesprächspartner:innen beleuchtete ich mein Forschungsfeld aus unterschiedlichen Perspektiven. Durch die Geschlechterverteilung versuchte ich meinen Datenpool weiter auszudifferenzieren. Auf

Grund eines durchaus merkbaren Überhangs weiblicher Personen in der SA@PV konnte mir das im Bereich der Sozialen Arbeit nicht gelingen und es fehlt in meinem Datenpool die Sicht eines Sozialarbeiters.

Ich befragte im Zuge meiner Interviews:

- Drei Sozialarbeiterinnen der SA@PV (T3/T7/T8)
- Eine Ärztin der SA@PV (T9)
- Einen Arzt der SA@PV und österreichischen ICPC-2 Experten (T4)
- Einen Universitätsprofessor und ICPC-2 Experten mit Verbindung zu WONCA aus Deutschland (T6)

Da es sich bei meinen Interviews um Expert:innen-Interviews handelt, passte ich die konkrete Ausgestaltung des Leitfadens (Beispiel siehe Anhang) darauf an. Ich fragte die jeweiligen Expertisen durch gezielte Fragestellungen ab und orientierte mich dabei an meinem vorab entwickelten Leitfaden (vgl. Flick 2016:115). Wichtig war die Ausformulierung der Fragen – diese formulierte ich offen, um meinen Gesprächspartner:innen Raum für Antworten zu lassen. Hierbei war es notwendig den Leitfaden auch innerhalb der Gesprächssituation situativ anzupassen, um Wiederholung zu vermeiden und detailliertes Nachfragen zu ermöglichen (vgl. Weischer 2007:261).

4.2.3 Datenauswertung

Als Auswertungsmethode für mein Datenmaterial verwendete ich die Systemanalyse nach Froschauer und Lueger (2003). Im Zuge meiner Datenerhebung konnte ich größere Textmengen generieren, für deren Analyse diese Methode zugeschnitten ist (vgl. Froschauer/Lueger 2003:142). Im Auswertungsverfahren teilte ich die auszuwertenden Texte in Unterabschnitte, um diese dann auf ihren Gesamtzusammenhang hin, zentriert auf soziale Systeme, zu interpretieren.

So beleuchte ich in meiner sozialwissenschaftlichen Forschung nicht nur Einzelansichten, sondern betrachte meinen Forschungsinhalt auch von Systemebene her. Während der gesamten Auswertung nutzte ich mein Forschungstagebuch (vgl. FT, durchgehend), um Fragen an die Daten oder auch theoretische Überlegungen sofort zu notieren und später wieder aufgreifen zu können. So entstand ein zirkulärer Arbeitsprozess auf den ich im nachfolgenden Unterkapitel genauer eingehe.

4.3 Zirkularität im Forschungsprozess

Mit der Zirkularität im Forschungsprozess beschreibe ich den Prozess in einem dynamischen System, der nicht in einer geraden Linie, sondern ineinander übergreifend – sowohl nach vorne, als auch nach hinten – abläuft. Zirkularität, oder Rückkopplung (vgl. Spektrum o.A.), im konkreten Fall bedeutet, dass der Aufbau meiner Arbeit und die Erarbeitung der Kapitel zeitmäßig nicht übereinstimmen. Ich führte beispielweise ein Interview und aus den

Antworten meines Gegenübers ergaben sich neue Fragen für mich, deren Beforschung ich wiederum in die Überarbeitung des nächsten Interviewleitfadens einfließen ließ. Ebenso entstanden dadurch neue Anforderungen an den Theorieteil, wie beispielsweise die Notwendigkeit weitere Begriffe zu definieren oder Themenbereiche theoretisch zu verorten. Auch in der Auswertung des Datenmaterials ging ich nicht linear vor, sondern ließ Erkenntnisse aus den ersten Auswertungen in die Betrachtung folgender Transkripte oder in Nachfragen an Interviewpartner:innen einfließen.

Der zirkuläre Forschungsprozess ist einer ergebnisoffenen Forschung überaus dienlich und half mir, einen offenen Blick zu bewahren. So konnte ich den Output meiner Forschungstätigkeit optimieren und mehr Findings für meine Ergebnisdarstellung generieren.

5 Ergebnisdarstellung

Bei der Vorstellung der Ergebnisse orientiere ich mich an meinen Forschungsfragen. Gleichzeitig finden auch Erkenntnisse, welche sich erst im Zuge der Datenerhebung als ebenfalls wichtig herausstellten, Eingang in die Ergebnisdarstellung.

Zu Beginn gehe ich daher allgemein auf die ICPC-2 in der Primärversorgung ein und erst im Anschlusskapitel gesondert auf die SA@PV. Als Abschluss präsentiere ich den Zusammenhang von Bewertung Sozialer Arbeit und der Anwendung der ICPC-2. Im direkten Anschluss an die jeweilige Zusammenfassung meiner Findings interpretiere ich diese und präsentiere meine Schlussfolgerungen.

5.1 Die ICPC-2 in der Primärversorgung

Wie in Kapitel 3.6 erläutert, wurde die ICPC konkret für die Anwendung in der Primärversorgung entwickelt. An dieser Stelle gehe ich daher auf diese Anwendung ein und beschreibe die konkrete Nutzung in der Praxis. Da es sich um allgemeine Erkenntnisse handelt, betreffen sie den gesamten Bereich der Primärversorgung und nicht nur die Soziale Arbeit innerhalb dieser.

5.1.1 Sinn

Betrachtet man die ICPC so kann sich zunächst die Frage stellen – Was ist eigentlich der Sinn hinter einer Klassifikation in der Primärversorgung?

„Also man versucht irgendwie Einteilungen zu finden [...], um letztlich mit Statistik beschreiben zu können, was da eigentlich los ist. (T6, Z48-50)

Eine Klassifikation macht Inhalte beschreibbar, findet eine Einteilung für sie und macht sie somit in einer Statistik abbildbar. Das Problem dabei ist, dass bei jeder Zusammenfassung von Inhalten automatisch auch ein Informationsverlust entsteht (vgl. T6, Z50).

Es ist nun also davon auszugehen, dass eine Klassifikation auf der einen Seite ordnen und abbilden kann und auf der anderen Seite Informationen (hier im Sinne von Individualität) verloren gehen. Es findet eine Ausrichtung an gemeinsam erfassbaren Merkmalen statt und nicht an Merkmalen persönlicher Identität. Die Ergebnisse legen die Interpretation nahe, dass statistische Bilder nur einen Ausschnitt der Realität beschreiben können, gleichsam eine Konstruktion der Wirklichkeit darstellen (vgl. Kleve 2009:11). Gleichzeitig scheint es, dass durch eine statistische Abbildung sichtbare Bilder von Ist-Zuständen in der Primärversorgung erzeugt werden können. Dadurch können beispielsweise Versorgungsengpässe oder soziale sowie medizinische Problemlagen und Bedürfnisse aufgezeigt werden.

5.1.2 Anwendung

„[...] und dann haben die Hausärzte gesagt [...] wir wollen wenn, dann die kleine ICPC. Weil sie gehofft haben, da ist weniger Arbeit, weil das nicht so ein dickes Buch ist. Es ist aber mehr Arbeit! Das haben sie aber erst hinterher verstanden, als ichs ihnen erklärt hab.“ (T6, Z73-76)

Grundsätzlich gedacht ist die Anwendung der ICPC-2 anhand der **vier Schritte des Codierens** (vgl. T6, Z83-86):

- Grund warum der:die Patient:in kommt
- Was wurde diagnostisch getan
- Diagnose
- Therapeutische Schritte

Alle diese vier Schritte können mit Hilfe der unterschiedlichen Kapitel der ICPC-2 (siehe Kapitel 3.6, Abbildung 3) abgebildet, also codiert werden. Durch den 4-Schritt können vergleichbare Daten erzeugt werden „mit denen man auch arbeiten kann“ (T6, Z89).

Zentral erscheint hier der Fokus auf die Generierung vergleichbarer Daten. Diese Vergleichbarkeit von Daten kann ein Kriterium für die Aussagkraft des Datenmaterials sein und damit auch über ihren weiterführenden Nutzen entscheiden. Gleichzeitig können aussagekräftige Daten Bilder der Tätigkeit der Primärversorgung erzeugen und diese dadurch sowohl gegenüber der Öffentlichkeit sowie gegenüber Einzelpersonen legitimieren.

5.1.3 Diagnosen sozialer Probleme

Das Z-Kapitel, die Diagnosen sozialer Probleme, bildet den Hauptfokus meiner Forschung.

„[...] also ich hab Kontakt weltweit zu Leuten, die mit dieser ICPC arbeiten [...] und in allen Daten, die gesammelt werden ist das Z-Kapitel nahezu nicht existent.“ (T6, Z135-137)

Es scheint, dass innerhalb der Primärversorgung das Z-Kapitel (noch) einen wenig bedeutenden Stellenwert einnimmt. Dies erklärt mein Interviewpartner damit, dass in der Wahrnehmung von Allgemeinmediziner:innen, für die die die ICPC grundsätzlich entwickelt

wurde, der soziale Bereich noch nicht den Stellenwert erreicht hat, den er eigentlich haben sollte (vgl. T6, Z138-141). Mögliche Gründe warum das speziell auch in Österreich zutrifft, werde ich im Folgekapitel 5.2 erläutern.

5.2 Die ICPC-2 in der SA@PV

Sozialarbeiter:innen der SA@PV in Österreich unterliegen grundsätzlich durch ihre Tätigkeit in einer PVE der Codierpflicht (siehe Kapitel 3.6.1). Dafür steht allen Mitarbeiter:innen einer PVE die ICPC-2 zur Verfügung. Sozialarbeiter:innen verwenden für ihre Diagnosen hauptsächlich das Z-Kapitel, die Diagnosen sozialer Probleme. Allerdings enden an dieser Stelle die Gemeinsamkeiten – in meiner Forschung bot sich mir ein unterschiedliches und heterogenes Bild der ICPC-2 Anwendung in PVE, der Auslegung der Codierpflicht und generell des Wissens über die Anwendung einer Klassifikation. Dabei kann die Verwendung der ICPC-2 und insbesondere des Z-Kapitels durchaus Vorteile (und zwar für unterschiedliche Organisationen und Personen) haben. In diesem Unterkapitel beschreibe ich zunächst mögliche Vorteile einer ICPC-2 Anwendung, gehe dann auf die Praxis in der SA@PV und Herausforderungen die sich darin ergeben ein und schließe, ressourcenorientiert, mit einer Darstellung von Lösungsmöglichkeiten.

5.2.1 Vorteile

Vorteile der ICPC-2 Nutzung in der SA@PV können einerseits in einer Unterstützung der Praxistätigkeit und andererseits in (teilweise noch hypothetischen) allgemeinen gesellschaftlichen und strukturellen Benefits liegen.

■ Vorteile für die Praxis

Die befragten Sozialarbeiterinnen beschreiben folgende Vorteile der Nutzung der ICPC-2 im multiprofessionellen Team der PVE (vgl. T3/T7, durchgehend): Eine Vergabe von Diagnosen unterstützt den Wissenstransfer im Team (auch wenn persönliche Gespräche dadurch NICHT ersetzt werden können!), begründet den Kontakt zu Patient:innen und macht Einsatzmöglichkeiten der SA@PV sichtbar. Besonders der letzte Punkt kann daher die Positionierung der Sozialen Arbeit im Team der PVE unterstützen.

Würde man die ICPC-2 nach ihrem Entwicklungsgedanken anwenden (mit der Codierung von Episoden und der Anwendung des 4-Schritts), lassen sich weitere Vorteile ableiten: es kann ein Bild der eigenen getätigten Leistung entstehen und die eigene Berufsidentität gestärkt werden. Somit können sich die eigene Selbstwirksamkeitserfahrung und das professionelle Selbstverständnis steigern. Dies kann wiederum unmittelbar zu einer Qualitätssteigerung in der Klient:innenbetreuung und zu positiven Auswirkungen auf die Arbeitszufriedenheit von Praktiker:innen führen.

Als weiterer Punkt kann auch die Chance in Aushandlungsprozesse mit Klient:innen einzutreten angeführt werden. Derzeit wird diese Möglichkeit, die Diagnosevergabe mit Klient:innen zu besprechen, von den befragten Sozialarbeiter:innen nicht genutzt (vgl.

T3/T7/T8, durchgehend). Folgt man jedoch Überlegungen Staub-Bernasconis (siehe Kapitel 3.4), so kann die Vergabe einer Diagnose durch Sozialarbeitende der SA@PV zu einem Prozess in der Zusammenarbeit führen, in dem beide Seiten den Beratungsanlass thematisieren und sichtbar machen können. Dies kann möglicherweise dazu beitragen über das Presented Problem (vgl. Pantuček-Eisenbacher 2019:149) hinauszublicken und rascher im Beratungsprozess in die Tiefe gehen zu können.

- Vorteile auf Systemebene

Nach dem Austausch mit den beiden interviewten Experten für ICPC-2 (vgl. T4/T6, durchgehend) lassen sich unterschiedliche Vorteile für eine Anwendung herausfiltern – vorausgesetzt, die ICPC-2 wird wie ursprünglich gedacht eingesetzt:

Eine statistische Abbildung Diagnosen sozialer Probleme kann die Sichtbarkeit von sozialen Problemlagen erhöhen. Gegenüber Mitarbeiter:innen des Gesundheitswesens, gegenüber der Politik, gegenüber Leistungsträger:innen und gegenüber der Gesellschaft. Zentral erscheint in diesem Zusammenhang auch das politische Mandat (vgl. Staub-Bernasconi 2007:200f) der Sozialen Arbeit. Mit konkreten und aussagekräftigen Daten in der Hand kann die Soziale Arbeit in einen sozialpolitischen Diskurs eintreten und die Bedürfnisse ihrer Klientel wirksam vertreten.

5.2.2 Praxis

Wie bereits angedeutet wird die Praxis der ICPC-2 Anwendung in den österreichischen PVE unterschiedlich gehandhabt. Gemeinsam ist allen Standorten die praktische Tätigkeit, die Ausgestaltung der Sozialen Arbeit. Alle drei Sozialarbeiterinnen berichten von einem ähnlichen Ablauf – Patient:innen werden zur Sozialen Arbeit überwiesen und danach steht es den Sozialarbeiterinnen frei den Fallverlauf, Interventionen und Methoden nach eigenem Ermessen zu gestalten (vgl. T3/T7/T8, durchgehend). Unterschiede finden sich jedoch in der Abbildung dieser Klient:innenkontakte mit Hilfe der ICPC-2:

- Die Sozialarbeiterin vergibt für die meisten ihrer Klient:innenkontakte eine Z-Diagnose. Allerdings nur, wenn es eine passende Diagnose gibt. Diagnosen anderer Kapitel (beispielsweise aus Kapitel P Psychologisch – hier ist unter anderem der gesamte Suchtbereich abgebildet) verwendet sie nicht. Episoden oder auch Prozeduren (was wurde gemacht) werden nicht in ICPC-2 codiert. Für die Prozeduren gibt es ein separates Programm. Diese werden mit Leistungspositionen (Hausbesuch, Beratungsgespräch 30 Min., o.ä.) festgehalten und dienen der Abrechnung und ökonomischen Legitimation gegenüber der Sozialversicherung. Hintergründe der ICPC-2, eine genaue Arbeitsanleitung oder der Nutzen der Klassifikation sind der Sozialarbeiterin nicht bekannt (vgl. T3, durchgehend).
- Die Sozialarbeiterin vergibt an alle Klient:innen der SA@PV mindestens einmal im Quartal eine ICPC-2 Diagnose. Vorrangig verwendet sie dafür Diagnosen sozialer Probleme, bei Bedarf jedoch auch Diagnosen aus anderen Kapiteln (beispielsweise P19 „Drogenmissbrauch“ wenn erforderlich). In dieser PVE soll die Sozialarbeiterin an

alle Klient:innen eine oder mehrere passende Diagnosen vergeben und diese im Falle einer längeren Betreuung laufend aktualisieren. Episoden oder auch Prozeduren werden nicht codiert. Auch in dieser PVE gibt es separate Leistungspositionen, die die Sozialarbeiterin ebenfalls anwenden muss. Hintergründe der ICPC-2, eine genaue Arbeitsanleitung oder der Nutzen der Klassifikation sind der Sozialarbeiterin nicht bekannt (vgl. T7, durchgehend).

- Die Sozialarbeiterin verwendet die ICPC-2 nicht, sie vergibt keine Diagnosen an ihre Klient:innen. Einen Leistungsnachweis erbringt sie in Form von Leistungspositionen, die separat eingetragen werden. In Kontakt mit Z-Diagnosen kommt die Sozialarbeiterin nur auf dem PVE-internen Überweisungsschein. Dort stehen manchmal Diagnosen sozialer Probleme (meistens Z29 „Soziale Probleme NNB⁸“). Die Sozialarbeiterin dürfte grundsätzlich Diagnosen eintragen, traut sich das auf Grund fehlenden Wissens aber nicht zu. Hintergründe der ICPC-2, eine genaue Arbeitsanleitung oder der Nutzen der Klassifikation sind der Sozialarbeiterin nicht bekannt (vgl. T8, durchgehend).

Die Ergebnisse legen die Interpretation nahe, dass es derzeit keine bundesweit einheitliche Verwendung der ICPC-2 in der SA@PV gibt. An den verschiedenen Standorten entwickelten sich unterschiedliche Handhabungen, die kein einheitliches Vorgehen erkennen lassen. So wird beispielsweise die Codierpflicht in drei PVE dreimal anders ausgelegt und gehandhabt. Es ist davon auszugehen, dass es zur Anwendung der ICPC-2 in der SA@PV offene Fragen und ungelöste Probleme gibt, auf die ich im nachfolgenden Unterkapitel „Herausforderungen“ näher eingehe.

5.2.3 Herausforderungen

In meiner Forschung ergaben sich eine Reihe von Herausforderungen für Praktiker:innen die ICPC-2 korrekt – also im ursprünglich angedachten Sinn – anzuwenden.

- Informationsdefizite

Die befragten Anwenderinnen berichten, dass sie ohne Einschulung oder Grundlagenwissen mit der ICPC-2 arbeiten.

„[...] das war einfach da und irgendwann haben sie einmal gesagt, ich soll Diagnosen eintragen, das wäre recht praktisch, aber ich habe nie eine Einschulung gekriegt und nichts [...].“ (T3, Z261-263)

Einer der befragten Sozialarbeiterinnen wurde die Anwendung kurz von Kolleg:innen erklärt, jedoch erhielt keine eine konkrete Einschulung zum Hintergrund der ICPC-2, zum Nutzen der Anwendung oder zu den verschiedenen Möglichkeiten der Praxisanwendung. Hauptsächlich wurde das bestehende Wissen durch Eigenrecherche erworben (vgl. T3/T7/T8,

⁸ NNB bedeutet Nicht Näher Bezeichnet.

durchgehend). So ist es beispielsweise möglich eigene (Unter)Kategorien zu erschaffen, um einzelne Kapitel lokalen Bedürfnissen anzupassen (vgl. T4, Z489-502). Jedoch ist diese Funktion den befragten Sozialarbeiterinnen und auch einer Ärztin nicht bekannt. Auch über die (theoretische) Möglichkeit der Codierung des 4-Schritts oder von Episoden wurden sie nicht informiert (vgl. T3/T7/T8/T9, durchgehend).

Es scheint, dass zwar einerseits von Seiten der Financiers (Sozialversicherung / Politik) eine Codierpflicht gewünscht wird, es aber andererseits keine bundesweiten Standards oder Einschulungen dazu gibt. Dies kann dazu führen, dass die mit ICPC-2 generierten Daten schwer vergleichbar sind und damit an Aussagekraft verlieren. Es ist davon auszugehen, dass diese Herausforderung insbesondere die Anwendung des Z-Kapitels betrifft. Dies korreliert mit der Tatsache, dass der Aufbau der Primärversorgung in Österreich und damit auch der SA@PV noch in den wortwörtlichen Kinderschuhen steckt und es bis dato wenig Erfahrung aus sozialarbeiterischer Praxis zur Arbeit mit Klassifikationen gibt.

Die fehlenden Informationen können sich auch nachteilig auf die Motivation von Praktiker:innen mit der ICPC-2 zu arbeiten auswirken. Es scheint, dass ICPC-2 von Sozialarbeiter:innen als wenig sinnvoll bewertet wird und somit nicht zu einer sorgfältigen Anwendung beiträgt. Auch kann das fehlende Wissen dazu führen, dass sich Sozialarbeitende unsicher in der Anwendung sind (siehe Kapitel 5.2.2), was ebenfalls eine zielgerichtete Auswertung generierter Daten beeinträchtigt.

■ Anwendungsdefizite

Mit dem derzeitigen Stand an Computerunterstützung ist die von WONCA intendierte Anwendung der ICPC-2 nicht möglich.

„Die Möglichkeit, die der ICPC-2 bietet, nämlich Prozesse zu codieren – das ist leider in Österreich noch nicht EDV-mäßig umgesetzt.“ (T4, Z412-414)

Gleichzeitig werden Prozesse bereits durch eine Leistungsabrechnung dokumentiert (vgl. T4, Z424).

Dies kann dazu führen, dass bei einer korrekten Anwendung der ICPC-2 Anwender:innen ein Mehr an Arbeitsaufwand haben – einmal die Codierung des 4-Schritts und einmal die Abrechnung anhand von separaten Leistungspositionen. Daher liegt die Annahme nahe, dass ohne eine EDV-Anpassung die ICPC-2 ihr Potential nicht ausschöpfen kann und mit den generierten Daten keine scharfen Bilder gezeigt werden können. Statistische Bilder bleiben oberflächlich und wenig aussagekräftig. Weiter ist es möglichweise für Nutzer:innen wichtig in der täglichen Praxis Arbeitsabläufe effizient zu gestalten und den bürokratischen Aufwand zu verkleinern, anstatt zu vergrößern. Ist dies nicht der Fall, kann die Bereitschaft sinken, mit einer als Belastung wahrgenommenen Klassifikation zu arbeiten. Hervorzuheben ist weiter, dass wertvolle Informationen verloren gehen können, wenn es nicht möglich ist Episoden zu codieren. Dies kann wiederum zu den bereits beschriebenen wenig aussagekräftigen Bildern führen.

■ Inhaltliche Defizite

Die befragten Sozialarbeiterinnen äußerten sich kritisch gegenüber der Ausgestaltung des Z-Kapitels.

„Die Probleme, psychosoziale Probleme, das ist halt da sehr schlecht definiert, finde ich, in dem Z-Katalog.“ (T3, Z74-75)

In diesem Punkt stimmen alle drei Sozialarbeiterinnen überein – es gibt deutliches Verbesserungspotential bei der Ausformulierung der Diagnosen sozialer Probleme. Gewünscht wäre eine größere Bandbreite an Möglichkeiten, also eine genauere Aufschlüsselung der Kategorien. Generell wurden die einzelnen Kategorien als nur mittelmäßig sinnvoll für die Anwendung in der Praxis bewertet (vgl. T3/T7/T8, durchgehend). In einer PVE kommt sogar hauptsächlich Z29 „Soziale Probleme NNB“ zum Einsatz (vgl. T8, Z65). Diese letzte Kategorie ist der sogenannte „Rag Bag“ – der Lumpensack. Darin landet alles, wofür man sonst keine geeignete Bezeichnung findet (vgl. T6, Z364-366). Ein weiterer Kritikpunkt ist die Formulierung der einzelnen Diagnosen.

„[...] mich stört das immer extrem, wenn ich eine eingeben muss, weil überall eigentlich oder bei 80 Prozent Probleme dabeistehen.“ (T7, Z165-166)

Es scheint, dass die Defizitorientierung in der Ausformulierung des Z-Kapitels schlecht mit der Ressourcenorientierung der Sozialen Arbeit zusammenpasst. Die Ergebnisse legen die Interpretation nahe, dass es für eine erfolgreiche Verwendung der ICPC-2 in der SA@PV noch einige Adaptierungen der Diagnosen sozialer Probleme braucht. Diese Annahme lässt sich weiter von den Aussagen eines ICPC-Experten untermauern, der schildert, dass die Z-Diagnosen ursprünglich für Mediziner:innen entwickelt wurden und, dass „die ICPC zunächst mal wahrscheinlich viel zu grob und klein und ungenau ist, für Ihr differenziertes Fachgebiet [die Soziale Arbeit, d. Verf.]“ (T6, Z246-247). Es ist davon auszugehen, dass diese inhaltlichen Defizite der ICPC-2 ebenfalls dazu beitragen die Aussagekraft der gesammelten Daten einzuschränken. Beschreibt eine PVE die meisten Diagnosen sozialer Probleme mit „NNB – Nicht Näher Bezeichnet“ so wird das nicht dazu beitragen strukturelle Defizite oder spezifische soziale Problemlagen einer Region aufzuzeigen. Bedeutend scheint auch die Ablehnung von Praktiker:innen gegenüber dem Z-Kapitel zu sein. Dies kann dazu führen, dass Sozialarbeiter:innen weniger Engagement bei der Verwendung der ICPC-2 zeigen und sich nicht weiter damit auseinandersetzen wollen.

Entgegen meiner Vorannahme spielt eine mögliche, durch Diagnosevergabe bedingte, Einengung des Blicks auf Klient:innen bei den interviewten Sozialarbeiterinnen eine untergeordnete Rolle (vgl. T3/T7/T8, durchgehend). Es scheint, dass eine unzureichende inhaltliche Einteilung ein weitaus größeres Hindernis in der ICPC-2 Anwendung darstellt als mögliche professionsethische Überlegungen. Wobei alle befragten Sozialarbeiter:innen betonen, dass ein offener Blick auf Klient:innen eine Voraussetzung für eine professionelle sozialarbeiterische Praxis darstellt (vgl. T3/T7/T8, durchgehend). Es kann daraus abgeleitet werden, dass mit einer inhaltlich ausdifferenzierten Klassifizierung professionell gearbeitet

werden kann und es daher auch zu keiner Vorverurteilung (die im Widerspruch zur Professionalität steht) kommt.

■ Sinnhaftigkeit

Ein weiterer Kritikpunkt aus der Praxis ist eine fehlende Sinnhaftigkeit der ICPC-2 Nutzung.

„Ja, ich frage mich halt auch, wer sieht das gell, wird das dann auch an die Krankenkasse weitergegeben [...].“ (T8, Z285-286)

Befragte Nutzerinnen (Sozialarbeiterinnen und eine Ärztin) geben an nicht genau zu wissen, was mit den Daten, die sie codieren (oder auch nicht), passiert (vgl. T3/T7/T8/T9, durchgehend). Wer die Daten braucht und was draus abgeleitet werden soll – also kurzum, wozu überhaupt der ganze Aufwand?

Diese Aussagen weisen darauf hin, dass es für Nutzer:innen ausschlaggebend ist zu wissen warum etwas getan wird. Welchen Sinn eine ICPC-2 Anwendung hat. Fehlt dieser Sinn, kann sich daraus eine Ablehnung zur sorgfältigen Anwendung entwickeln. Gleichzeitig kann auch das Interesse schwinden sich in Eigenrecherche weiter in ICPC-2 fortzubilden, um die Anwendung zu optimieren. Zu diesem Informationsdefizit kann auch eine mangelnde Kommunikation von Seiten der Leistungsträger:innen beitragen. Es scheint, dass es einen unzureichenden Informationsfluss von der Stelle, die die Generierung der Daten beauftragt hin zur Anwender:innen in der Praxis gibt. Dies kann dazu führen, dass Mitarbeiter:innen der SA@PV keine Sinnhaftigkeit in der Codierung mit ICPC-2 erkennen können. An dieser Stelle kann auch gemutmaßt werden, ob es von Seiten der Leistungsträger:innen überhaupt ein Gesamtkonzept zu einer österreichweiten Datenerhebung mittels ICPC-2 gibt? Auf diese ungeklärte Situation gehe ich noch einmal in Kapitel 6 ein.

5.2.4 Lösungsmöglichkeiten

Nach einer ausführlichen Darstellung möglicher Schwächen der ICPC-2 behandelt dieses Unterkapitel (ebenso ausführlich) mögliche Lösungswege, um eine Anwendung in der Praxis der SA@PV besser, einfacher und sinnvoller zu gestalten.

■ Schulungsangebote zu ICPC-2

Auf den vielfachen Wunsch von Anwender:innen aus der Praxis scheint dies eine wichtige Lösungsmöglichkeit zu sein.

„[...] ja, genau, so ein kurzes Video, wo das einfach beschrieben wird.“ (T7, Z326)

In Form eines Erklär-Videos oder einer Schulung können Geschichte, Hintergrund und Anwendungsmöglichkeiten in der Praxis vermittelt werden. Die Ergebnisse meiner Forschung zeigen, dass besonders in diesem Bereich vielfältige Wissenslücken vorhanden sind, die sich erschwerend und hinderlich auf eine optimale Anwendung der ICPC-2 auswirken können. Durch eine umfassende Einschulung kann auch die Situation der

fehlenden Sinnhaftigkeit durch Informationsweitergabe gelöst werden. Hintergrundwissen kann Sozialarbeiter:innen der SA@PV dazu ermächtigen der ICPC-2 Anwendung selbstbestimmt gegenüberzustehen und die Vorteile der Klassifikation zu nutzen. Dies wiederum kann sich positiv auf eine Nutzungs frequenz auswirken und damit gleichzeitig die Qualität der erhobenen Daten einer PVE verbessern. Die derzeitige unterschiedliche Anwendung in PVE führt zu nicht vergleichbaren Datensätzen. Auch dieser Problematik kann durch eine bundesweite Schulung und durch die Empfehlung einer einheitlichen Nutzung entgegen getreten werden.

■ Die Granularität des Z-Kapitels

Da das Z-Kapitel vielfach als ungenau und nicht zufriedenstellend beschrieben wird (vgl. T3/T7/T8, durchgehend) kann eine Möglichkeit zur Verbesserung die Erhöhung der Granularität sein. Diese Lösungsmöglichkeit sollte jedoch mit vorsichtiger Abwägung über den Grad der Differenzierung Hand in Hand gehen.

„Und das ist immer die Waage, die da passiert. Es sind immer alle unzufrieden, weil sie sagen es ist viel zu grob was da steht und wenn ichs feiner mach sind sie so unzufrieden, weil sie so viel Arbeit haben.“ (T6, Z185-187)

Die Ergebnisse legen die Interpretation nahe, dass eine Ausbalancierung dieser Waage essentiell zum Erfolg oder Misserfolg einer möglichen Überarbeitung des Z-Kapitels beitragen kann. Hier kann eine sorgfältige Gegenüberstellung von Bedürfnissen der Praktiker:innen in Bezug auf die Detaillierung der Kategorien zu einem damit verbunden Arbeitsaufwand unterstützend wirken. Für Anwender:innen kann es sich als essentiell erweisen einerseits effizient codieren zu können, ohne andererseits zu viel Zeit in die Suche nach der passenden Diagnose investieren zu müssen.

■ Die Kategorien im Z-Kapitel

Wie schon bei der Granularität stellen die befragten Sozialarbeiterinnen auch bei der Einteilung des Z-Kapitels Verbesserungsbedarf bei den Kategorien fest (vgl. T3/T7/T8, durchgehend).

„[...] so tu ich mir oft schon schwer [...] oft nehme ich Soziale Probleme, weil ich meine, da fällt eigentlich von bis, fällt da rein.“ (T7, Z173-175)

Diese Sozialarbeiterin wünscht sich als Unterstützung bei der Auswahl genauere Erklärungen zu den einzelnen Diagnosen (vgl. T7, Z244-246). Eine andere Sozialarbeiterin hat sich bereits Gedanken zur Lösung gemacht und schlägt eine neue Einteilung anhand der Handlungsfelder der Sozialen Arbeit inklusive Unterkategorien vor (siehe Anhang „Vorschlag Einteilung Z-Kapitel“).

Es ist davon auszugehen, dass Sozialarbeiter:innen der SA@PV bereits Lösungsmöglichkeiten zu Anwendungsproblematiken beziehungsweise konkrete Wünsche an die Ausgestaltung des Z-Kapitels formuliert haben. Es scheint, dass Sozialarbeiter:innen

den Wunsch haben ihre Tätigkeit korrekt abzubilden – dafür kann eine Überarbeitung des Z-Kapitels notwendig sein. Eine Überarbeitung könnte Sozialarbeitenden der SA@PV ermöglichen die ICPC-2 professionell sozialarbeiterisch einzusetzen.

■ Individuelle Anpassung des Z-Kapitels

In der ICPC-2 besteht die Möglichkeit, angepasst an individuelle und lokale Bedürfnisse, eigene Kategorien, also Diagnosen, in ein Kapitel aufzunehmen.

„Ja, aber wir können natürlich auch einer Diagnose, die wir verwenden, manuell einen Code zuordnen.“ (T4, Z482-483)

Der Nachteil dieser Lösung ist, dass damit eine (inter)ationale Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten verloren geht (vgl. T4, Z529). Diese Vergleichbarkeit wiederum ist essentiell für aussagekräftige Daten. Eine mögliche Lösung für dieses Dilemma kann die Einführung von Subkapitel darstellen (vgl. T6, Z194-196). Beispielsweise könnte man die Diagnose Z05 „Probleme am Arbeitsplatz“ mit Unterpunkten weiter detaillieren – Z05.01 „Mobbing“ oder Z05.02 „Sorge vor Arbeitsplatzverlust“, um nur zwei Möglichkeiten zu zeigen. Außerdem wäre innerhalb der Primärversorgung ein Abstimmungsprozess über eine Standardisierung notwendig, „dass möglichst alle Einrichtungen, die an Forschungsprojekten mitmachen auch in gleicher Art und Weise codieren“ (T4, Z527-528).

Es zeigt sich, dass diese Lösungsmöglichkeit Hand in Hand mit sorgfältiger Abwägung von Interessen gehen sollte. Obwohl die ICPC-2 individuelle Nutzungsvarianten anbietet, kann dadurch eine bundesweite Einheitlichkeit verloren gehen. Dadurch kann in weiterer Folge die Vergleichbarkeit der gewonnenen Daten abnehmen. Diese Überlegung betont die Notwendigkeit nach einem Abstimmungsprozess und einer standardisierten gemeinsamen Vorgehensweise in Österreich. Möglicherweise ist eine genaue und gemeinsame Zielvorstellung für die beteiligten Personen besonders wichtig. Dazu kann eine Vernetzung der PVE in Österreich unterstützend beitragen.

■ ICPC-3

Wie bereits in Kapitel 3.6 erwähnt, wird derzeit bereits die nächste ICPC Version, die ICPC-3, in einigen Ländern implementiert. Auch in Österreich setzen Mitarbeiter:innen der Primärversorgung ihre Hoffnung auf die neue überarbeitete Version. Insbesondere steht der Wunsch dahinter das in Österreich herrschende Problem der EDV-Unterstützung (siehe Kapitel 5.2.2) damit zu lösen.

„[...] nachdem wahrscheinlich die ICPC-3 das Problem von sich aus besser lösen wird, konzentrieren wir uns lieber gleich auf die ICPC-3, als dass wir jetzt Zeit investieren in die Modifizierung oder Adaptierung der ICPC-2.“ (T4, Z462-464)

An dieser Stelle auf die Version 3 einzugehen, würde den Rahmen der Arbeit sprengen. Es scheint jedoch nach einer eingehenden Betrachtung, dass auch die ICPC-3 nicht alle Problemlagen des Z-Kapitels lösen können (vgl. ICPC-3 o.A.). So könnten die einzelnen

Diagnosen weiterhin eine von Sozialarbeitenden als sinnvoll bewertete Einteilung vermissen lassen. Auch bleibt offen, ob eine Verwendung in Österreich tatsächlich die EDV-Situation verbessern wird beziehungsweise wie und ob die Zusammenlegung der Leistungspositionen mit der ICPC umgesetzt werden kann.

Zusammenfassend halte ich zur ICPC-2 in der SA@PV fest:

- Eine Anwendung gemäß dem Entwicklungsstandard von WONCA ist derzeit in Österreich NICHT möglich. Der Grund dafür liegt in einer unzureichenden EDV-Unterstützung.
- Es gibt keine bundesweit einheitlichen Standards zur Verwendung der ICPC-2 für Sozialarbeiter:innen der SA@PV. Daher können auch keine aussagekräftigen vergleichbaren Daten generiert werden.
- Bedeutsam erscheint der vorherrschende Informationsmangel zur ICPC-2 bei Sozialarbeiter:innen der SA@PV zu sein. Beteiligte Personen wünschen sich niederschwelligen Zugang zu Informationsmaterial.
- Vorteile der ICPC-2 bleiben derzeit hinter ihrem eigentlichen Potenzial zurück. Zwar können Vorteile für die Praxis beobachtet werden, jedoch sind positive Auswirkungen auf Systemebene bestenfalls als rudimentär zu bezeichnen.

5.3 Die ICPC-2 als Bewertungstool

Bevor ich auf die ICPC-2 als Bewertungstool eingehe, ist es notwendig zuerst Möglichkeiten der Bewertung innerhalb der SA@PV zu betrachten. Wer bewertet wen, wie und wann? In welchen Bereichen kann die Anwendung Diagnosen sozialer Probleme dabei unterstützen? Und wo kann sie das nicht?

Alle von mir befragten Sozialarbeiterinnen geben an, die Bewertung ihrer Arbeit hauptsächlich durch persönliche Rückmeldungen im multiprofessionellen Team der PVE zu erhalten. Diese Rückmeldungen sind durchgängig positiv und drücken eine hohe Wertigkeit der Sozialen Arbeit innerhalb des Teams aus.

„Also auf menschlicher, kollegialer Ebene habe ich das Gefühl, dass die Sozialarbeit sehr hoch geschätzt ist, also ich kriege regelmäßig von meinen Kolleg:innen und auch von Ärzt:innen die Rückmeldung, dass sie sehr froh sind, dass wir Sozialberatung im Haus haben [...].“ (T8, Z137-140)

Eine Bewertung der Sozialen Arbeit durch Klient:innen ist durch eine Feedbackbox in der PVE möglich (vgl. T8, Z448) oder auch durch persönlichen Austausch (vgl. T3/T7/T8, durchgehend).

Eine ökonomische Bewertung der Leistungen der Sozialen Arbeit findet durch die Eingabe von Leistungspositionen statt (siehe Kapitel 5.2.3) und soll nach WONCA dezidiert NICHT durch die Verwendung der ICPC-2 durchgeführt werden.

„Und da sind wir sogar ganz explizit dagegen! Weil jede ökonomische Bewertung die Sache verzerrt.“ (T6, Z394-395)

Es ist davon auszugehen, dass an dieser Stelle die Interessen der verschiedenen Organisationen und Personen in Österreich auseinandergehen: Die Sozialversicherung wünscht sich Transparenz durch die Anwendung der ICPC-2 mit einer Codierpflicht. Das kann bedeuten, dass sich Leistungsträger:innen eine Bewertung der Tätigkeit einer PVE wünschen und dies mit der Implementierung einer Codierpflicht erreichen möchten. Dadurch soll sichtbar gemacht werden, was denn in der Praxis genau gemacht wird. Gleichzeitig geht der Sinn hinter der Anwendung der ICPC-2 vor allem in die wissenschaftliche Richtung – die so generierten statistischen Bilder sind „für die Forschung in der Primärversorgung essentiell und sehr spannend“ (vgl. T4, Z526). Hierzu fehlt in Österreich jedoch noch das Interesse (von Financiers) und die finanziellen Mittel um flächendeckende Forschungsprojekte umsetzen zu können (vgl. T4, Z516-518).

Schließlich kann auch die ICPC-2 selbst von Anwender:innen bewertet werden – so bereits mehrfach im Verlauf meiner Forschungsarbeit geschehen (siehe beispielsweise Kapitel 5.2.3). Nutzer:innen können die Praxistauglichkeit bewerten oder Erleichterungen, die sie durch die Anwendung erfahren.

Zur Bewertung (in) der SA@PV stelle ich folgende These auf:

Bewertung kann vorrangig auf zwei Ebenen stattfinden – auf einer persönlichen Ebene, wo die individuelle Leistung von Sozialarbeitenden bewertet werden kann und auf einer strukturellen Ebene, die allgemein die Leistung der Sozialen Arbeit im Feld der Primärversorgung in den Blick nehmen kann. Gleichzeitig kann von beiden Ebenen auch wieder „zurück bewertet“ werden – dies stelle ich mit Abbildung 5 bildlich dar:

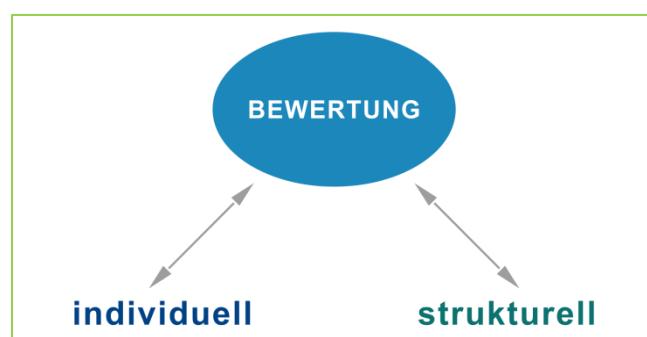


Abbildung 5, Bewertung

In diesem Ablauf von Bewertungsmöglichkeiten kann die ICPC-2 in einigen Bereichen unterstützen, in anderen könnte sie das theoretisch und in wieder einem anderen Bereich wird sie selbst bewertet. Von außen betrachtet haben die Diagnosen Sozialer Probleme in Österreich keinen Stellenwert bei der Bewertung der individuellen Leistung von Sozialarbeiter:innen der SA@PV, da dies durch Leistungspositionen vorgenommen wird (siehe Kapitel 5.2.3) oder durch eine Feedbackschleife mit Klient:innen. Innerhalb des Teams kann die Verwendung der ICPC-2 allerdings schon dazu beitragen die Leistung der Sozialen Arbeit sichtbarer zu machen (siehe Kapitel 5.2.1), wenn auch wie oben beschrieben in diesem Fall die gegenseitige Bewertung hauptsächlich durch persönliche Rückmeldung

geschieht. Die generelle Leistung der SA@PV könnte theoretisch durch eine statistische Auswertung der Diagnosen sozialer Probleme bewertet werden. Dazu wäre es jedoch erforderlich zunächst einerseits eine bundesweit einheitliche Anwendung zu implementieren und andererseits auch die Ausschöpfung des gesamten Potenzials der ICPC-2 für Anwender:innen zu ermöglichen. Diese Voraussetzungen treffen auch auf eine weitere Überlegung zu – die Anwendung Diagnosen sozialer Probleme kann dazu beitragen gesellschaftliche Entwicklungen und/oder Missstände aufzudecken, aufzuzeigen und auch zu bewerten. Eine Bewertung der ICPC-2 selbst durch Nutzer:innen findet laufend statt. Hier ist möglicherweise besonders wichtig, dass diese Erkenntnisse aus der Praxis in eine Weiterentwicklung der ICPC einfließen können. Es ist davon auszugehen, dass dafür eine höhere Sensibilisierung von Sozialarbeiter:innen der SA@PV gegenüber der Sinnhaftigkeit der ICPC-2 Anwendung (siehe Kapitel 5.2.3) notwendig ist.

Zusammenfassend geht hervor, dass die ICPC-2 als Bewertungstool der SA@PV in Österreich derzeit noch hinter ihren Möglichkeiten zurück bleibt. Grundsätzlich scheint Potenzial vorhanden zu sein, worauf ich im Folgekapitel noch näher eingehen werde.

6 Resümee

Nach einer ausführlichen Darstellung meiner Forschungsergebnisse folgt der Abschluss meiner Arbeit. Ich gehe in einer Diskussion der Ergebnisse noch einmal auf ausgewählte Punkte ein und beleuchte diese kritisch. Gleichzeitig ist hier auch der Platz um weiterführende Interpretationen zu präsentieren und offene Fragen zu stellen. In einem Ausblick wage ich einen Blick in die Zukunft und beschließe meine Arbeit mit zukunftsrelevanten Überlegungen zu bevorstehenden Entwicklungen.

6.1 Diskussion der Ergebnisse

Auf meiner Suche nach Antworten auf meine Forschungsfrage beleuchtete ich die ICPC-2 in der SA@PV auf ihre Eignung als Bewertungstool. Dazu stellte ich Fragen nach dem Wann und Warum der Anwendung, dem Erleben der Anwendung von Sozialarbeitenden und der Bewertung der SA@PV. Antworten präsentierte ich bereits in Kapitel 5, hier gehe ich vor allem auf neue und weiterführende Aspekte ein, die sich durch meine Forschungstätigkeit ergeben haben.

In einer Betrachtung der ICPC-2 Anwendung aus der Vogelperspektive fällt auf, dass die tatsächliche Nutzung in Österreich derzeit noch lange nicht alle Möglichkeiten ausschöpft (siehe Kapitel 5.2.3). Theoretisch hat eine Klassifikation wie die ICPC-2 das Potenzial als Spiegel unserer Gesellschaft zu fungieren. Die Abbildung eines Querschnitts von sozialen (und medizinischen) Problemlagen kann eine richtungsweisende Funktion erfüllen. Sie kann Bilder zu einem tatsächlichen Ist-Zustand liefern und Prognosen für die Zukunft erstellen.

Betrachtet man den Ist-Zustand der ICPC-2 Implementierung in Österreich so muss die Frage gestellt werden – warum ist eine korrekte Anwendung der ICPC-2 nicht möglich? Warum gibt es keine Lösungen von Seiten der EDV? Wie groß ist der Wunsch soziale Missstände abzubilden und aufzudecken auf Seiten von Politik und Leistungsträger:innen? Provokativ formuliere ich hier eine mögliche Antwort – anscheinend nicht allzu groß! Eine weitere Ursache für die derzeitig als unbefriedigend wahrgenommene Situation kann in dem Versäumnis von Leistungsträger:innen liegen, sich rechtzeitig und noch vor Implementierung mit der genauen Funktion und dem Nutzen der ICPC-2 auseinanderzusetzen. Es kann gemutmaßt werden, dass hier Versäumnisse vorliegen, die nun nachträglich aufgearbeitet werden müssen.

Eine Profession, die sich seit jeher sozialer Problemlagen annimmt, ist die Soziale Arbeit. Im Bereich der Primärversorgung ist sie aus der Praxis an vielen Standorten nicht mehr wegzudenken und übernimmt eine wichtige Funktion in der Begleitung von Patient:innen im Sinne einer ganzheitlichen Betreuung (siehe Kapitel 3.2). Das ist unter daran erkennbar, dass bereits in über 60% aller PVE Sozialarbeiter:innen tätig sind (vgl. Gierlinger/Zahorka 2020:39). Unter Bezugnahme auf den prognostizierten demografischen und soziokulturellen Wandel unserer Gesellschaft (vgl. ebd.:39) kann diese Entwicklung für ein gelingendes Miteinander essentiell sein. In dieser Rolle kann die Anwendung der ICPC-2 dazu beitragen diese wichtige Tätigkeit der Sozialen Arbeit sichtbar(er) zu machen. Durch aussagekräftige statistische Bilder kann in einem sozialpolitischen Diskurs mit Zahlen und Fakten klar belegt werden, mit welchen Problemen und Anliegen Menschen in Österreich Sozialarbeiter:innen oder Mediziner:innen in der Primärversorgung aufzufinden. Insbesondere mit dem Blick auf soziale Problemlagen kann die Soziale Arbeit ihre Expertise beweisen. Dazu verweise ich erneut auf die Definition Sozialer Arbeit nach welcher sie „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) fördert. Dem immanent scheint ein professions-spezifischer Menschenblick zu sein, einen Blick, den ich hier in Form einer Eigenkreation in ICPC-Sprache als „Z-Blick“ bezeichne. Es scheint, dass nicht ohne Grund in zwei Dritteln der untersuchten PVE Expertinnen für Soziales – Sozialarbeiterinnen – hauptsächlich mit dem Z-Kapitel arbeiten (siehe Kapitel 5.2.1). Damit Sozialarbeitende jedoch ihre volle Expertise durch die Anwendung von Z-Diagnosen zeigen können, braucht es auf struktureller Ebene Verbesserungen und Anpassungen. In Kapitel 3.4 hebe ich hervor, dass (allgemein gesprochen) eine Diagnose als Anlass für eine sozialarbeiterische Beratung verstanden werden kann. Dies möchte ich an dieser Stelle weiter untermauern und auf die sinngemäße Anwendung des 4-Schritts (siehe Kapitel 5.1.2) verweisen. Dieser 4-Schritt berücksichtigt auch einen Aushandlungsprozess mit Klient:innen und kann auf diese Weise zu einer partizipativen Entscheidungsfindung (vgl. Goger/Tordy 2019:38) beitragen. In einem weiteren Schritt, einer statistischen Auswertung des 4-Schritts, kann die Soziale Arbeit nach dem Mandat ihrer Klientel gegenüber auch ihr politisches Mandat wahrnehmen. Die Soziale Arbeit kann hier unter der Bewahrung ihrer Professionalität eine Politik vertreten, die „sich in öffentliche Diskurse und Politiken einmischt und diese mitgestaltet“ (Staub-Bernasconi 2007:201). Sie kann so einen Bottom-up-Blick (vgl. Monzer 2013:6) gewährleisten, der Bedürfnisse von Menschen von einer individuellen Beratung bis hin zu einer sozialpolitischen Debatte führen kann. Idealerweise kann so die Soziale Arbeit Diskussionen und

Veränderung auf sowohl der Mesoebene (Systemebene, Trägerebene) als auch der Makroebene (Sozial- und Gesundheitssystem, Gesetz, Ökonomie) anstoßen und vorantreiben (vgl. ebd.:8). In einem derartigen Diskurs auf hard facts in Form von Zahlen und Statistiken (möglicherweise generiert durch Daten aus der SA@PV) zurückgreifen zu können, kann einen entscheidenden Vorteil darstellen und den Aussagen und Forderungen der Sozialen Arbeit zusätzliches Gewicht verleihen. Neben einer Einflussnahme auf sozialpolitische Geschehnisse kann eine aussagekräftige statistische Abbildung auch die Soziale Arbeit selbst unterstützen. Aus einer steigenden Anzahl von Klient:innen der SA@PV und einer Offenlegung ihrer Bedürfnisse kann sich ein steigender Bedarf an Sozialer Arbeit ableiten lassen. Dies wiederum kann zu einer Erhöhung von Sozialarbeitsstunden an Standorten oder überhaupt der Implementierung von Sozialer Arbeit führen.

Abseits von sozialpolitischen Überlegung kann die (korrekte) Anwendung der ICPC-2 auch die tägliche Praxis von Sozialarbeiter:innen der SA@PV optimieren. Die Anwendung Diagnosen sozialer Probleme kann die Sichtbarkeit Sozialer Arbeit innerhalb einer PVE verstärken – so kann gezeigt werden, wofür die Soziale Arbeit als Ansprechpartnerin dienen kann. Dies kann die Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team erleichtern und sich günstig auf eine Überweisungsfrequenz zur Sozialen Arbeit auswirken. In einer (hypothetischen) Anwendung des 4-Schritts bietet sich für Nutzer:innen außerdem die Möglichkeit durch die Tätigkeit des Codierens die eigene Arbeit zu reflektieren. Dies kann wiederum eine Selbst-Evaluation unterstützen, die nach Müller in der Qualitätsentwicklung und -sicherung eine Schlüsselrolle einnimmt (vgl. Müller 2000:227).

Wichtig im Zusammenhang der ICPC-2 Nutzung erscheint mir auch der Gedankengang zu einer Klassifikation als Konstruktion der Wirklichkeit und gleichzeitig (nach Bourdieu) als Verfestigung von Klassenstrukturen zu sein (vgl. Kleve 2009, Fröhlich/Rehbein 2014). Wie in Kapitel 3.3 ausgeführt, kann jede Einschätzung oder Diagnose von Sozialarbeiter:innen jeweils nur einen Ausschnitt der tatsächlichen Wirklichkeit darstellen. Allerdings stellt sich für mich die Frage was es bedeutet, wenn auf Grund struktureller Mängel nur ein sehr oberflächliches Bild beziehungsweise nur ein unscharfes Konstrukt erschaffen werden kann? Möchte die Gesellschaft manche Bilder nicht genau sehen? Oder Teile dieser Gesellschaft? Auch hier kann die Soziale Arbeit Stellung nehmen und für ein gesamtgesellschaftliches Abbild eintreten.

Um alle diese Funktionen wahrnehmen zu können, verorte ich Handlungsbedarf in der Adaption der ICPC-2 auf die Erfordernisse in Österreich. Spezifische Besonderheiten unseres Gesundheitssystems im europaweiten Vergleich (Österreich hat kein staatliches System mit einer pauschalen Entlohnung von Mitarbeiter:innen, sondern rechnet Leistungspositionen ab) verlangen nach individuellen strukturellen Anpassungen. Nur so kann ein Mehraufwand (siehe Kapitel 5.2.3) vermieden werden und eine sinngemäße Nutzung der ICPC-2 garantiert werden. Dazu beitragen kann unter anderem ein Umdenken von Seiten der Leistungsträger:innen – weg von einem alleinigen Fokus auf eine ökonomische Bewertung und Transparenz und hin zu einem wissenschaftlich forschenden Schwerpunkt. Im Praxisbereich hingegen kann zu einer verbesserten ICPC-2 Nutzung insbesondere eine Einschulung zur ICPC-2 beitragen. Ein grundlegendes und umfassendes Wissen kann es Sozialarbeiter:innen ermöglichen (sowie anderen Mitarbeiter:innen der PVE) den Nutzen der ICPC-2 zu erkennen und umzusetzen. Als Expert:innen für Soziales sind sie

prädestiniert für eine Anwendung der ICPC-2 in der SA@PV zum Vorteil ihrer Klientel sowie der Gesellschaft. Gelingt eine Sensibilisierung und eine Schaffung von Bewusstsein die Anwendung der Diagnosen sozialer Probleme als Chance zu begreifen, können Sozialarbeiter:innen einen wertvollen Beitrag leisten.

6.2 Ausblick

In einem Ausblick in die Zukunft liegt die Vermutung nahe, dass die SA@PV durch den geplanten Ausbau der Primärversorgung (vgl. Gierlinger/Zahorka 2020:39) weiterhin an Bedeutung gewinnen wird. Aus meiner Sicht als Sozialarbeiterin setzt sich wünschenswerterweise auch der Aufwärtstrend der Verankerung von Sozialer Arbeit an den einzelnen PVE fort. Dabei kann die Anpassung der ICPC-2 an österreichische Bedürfnisse unterstützend wirken. Einen Beitrag zur Anpassung der ICPC-2 beziehungsweise ICPC-3 darf ich selbst mit meiner Forschungsarbeit liefern und der salopp formulierten Einladung eines meiner Interviewpartner folgen: „[...] wenn Sie jetzt finden, [...] fehlt da einiges in diesem Z-Kapitel, dann sagen Sie mir Bescheid [...]. Wir sind keine fette Organisation, sondern wir sind ein Haufen Verrückter, die neben ihrer eigentlichen Arbeit versuchen hier was Gutes auf die Beine zu stellen.“ (T6, Z114-120) Das WICC Komitee von WONCA ist interessiert an Forschungs-Input zum Z-Kapitel, da dieses ein Hintergrunddasein fristet (siehe Kapitel 5.1.3) und in der Forschung bis dato wenig Aufmerksamkeit auf sich gezogen hat. Meiner Ansicht nach kann hier ein professioneller „Z-Blick“ neue Ansichten und die Bedürfnisse von Praktiker:innen der SA@PV kompetent transportieren und eine Weiterentwicklung der ICPC-2 und -3 vorantreiben. Auch der mehrfach erwähnte Bedarf an mehr beziehungsweise überhaupt einer Schulung kann für WONCA richtungsweisend sein. Gleichzeitig bietet diese Informationslücke auch innerhalb Österreichs die Möglichkeit in Form von Forschungsprojekten gegenzusteuern und beispielsweise ein Erklär-Video zu entwickeln.

Offen geblieben sind in meiner Forschung zwei wichtige Perspektiven. Einerseits drängt sich die Frage nach Hintergrundinformationen zu den Ansichten und Erklärungen von Seiten der Leistungsträger:innen auf. Was geschieht tatsächlich mit den gesammelten Daten aus der ICPC-2 Nutzung? Warum gibt es keine Lösung für die Anwendungsprobleme? Was möchten Leistungsträger:innen mit der ICPC-2 Anwendung erreichen und gelingt dies? Andererseits fehlt auch die Seite einer anderen wichtigen Gruppe – die der Klient:innen der SA@PV. Wissen Klient:innen von der Vergabe der Z-Diagnosen? Werden sie an einem Aushandlungsprozess beteiligt? Wie nehmen Klient:innen die Diagnosevergabe wahr? Diese und mehr Fragen zu beiden fehlenden Perspektiven können weitere Forschungsarbeiten füllen und finden daher aus Platz- und Ressourcengründen keinen Eingang in meine Forschungsarbeit. Zumindest der Einbindung von Klient:innen soll – soviel kann an dieser Stelle verraten werden – eine zentrale Rolle in der ICPC-3 zukommen (vgl. ICPC-3 o.A.). Wie, ob und wann diese nächste Version allerdings in Österreich zur Anwendung kommt ist derzeit noch ergebnisoffen.

Nachdem sich meine Forschung auf die Soziale Arbeit innerhalb der Primärversorgung konzentriert hat, möchte ich nun zum Abschluss noch einen Blick über den Tellerrand werfen. Neben Problemen in der strukturellen Umsetzung scheint die Vergabe von

Diagnosen sozialer Probleme durchaus Vorteile zu bringen. Vorteile für Klient:innen durch Qualitätssicherung und Transparenz, für Financiers durch Offenlegung von Leistungen, für die Soziale Arbeit durch ein Sichtbarmachen ihrer Tätigkeit, für die Gesellschaft durch ein Thematisieren und Beschreiben von sozialen Schieflagen und für Praktiker:innen durch eine Reflexionsmöglichkeit von Arbeitsprozessen. Nun drängt sich mir die Frage auf – kann das Konzept der Verwendung einer Klassifikation auch für andere Handlungsfelder sinnvoll sein? Kann eine von Staub-Bernasconi beschriebene Ablehnung von Sozialarbeiter:innen gegenüber einer Diagnosevergabe (siehe Kapitel 3.4) überwunden werden und kann sich das auch auf die Klient:innenarbeit nachhaltig positiv auswirken? Diese weiterführenden Überlegungen werde ich mir als Denkanstoß mit in meine zukünftige Praxistätigkeit nehmen und wie man in Österreich so schön sagt – „dran bleiben“.

Literatur

Bakic, Josef / Diebäcker, Marc / Hammer, Elisabeth (2008): Die Ökonomisierung Sozialer Arbeit in Österreich. Eine fachlich-kritische Herausforderung. In: Sozial Extra, Nr. 01, 2008, 52-55.

DWDS (o.A.): Wörterbuch. Diagnose. <https://www.dwds.de/wb/Diagnose> [Zugriff: 09.03.2021].

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

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

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

Fröhlich, Gerhard / Rehbein, Boike (Hg:innen) (2014): Bourdieu Handbuch. Leben - Werk - Wirkung. Stuttgart: J.B. Metzler Verlag.

Froschauer, Ulrike / Lueger, Manfred (2003): Das qualitative Interview. Zur Praxis interpretativer Analyse sozialer Systeme. Wien: WUV Verlag, 142-158.

Gierlinger, Peter / Zahorka, Florian (2020): Vernetzte Sozialarbeit in der Primärversorgung. In: SIÖ, Nr. 04, 2020, 37-42.

Goger, Karin / Tordy Christian (2019): Standards für Social Work Case Management. Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft der Österreichischen Gesellschaft für Soziale Arbeit. https://ogsa.at/wp-content/uploads/2018/12/ogsa_Standards-f%C3%BCr-Social-Work-Case-Management.pdf [Zugriff: 16.02.2021].

Halmich, Michael (2019): Rechtsrahmen zur Primärversorgung. In: ÖGERN (Hg:innen): Primärversorgung zwischen Medizin, Pflege und Rettungsdienst. Tagungsband. Nr. 6 (2019), Wien: Educa Verlag, 09-15.

ICPC-3 (o.A.): International Classification of Primary Care - 3rd Revision. <https://www.icpc-3.info/> [Zugriff: 24.04.2021].

Kleve, Heiko (2009): Konstruktivismus und Soziale Arbeit. Einführung in Grundlagen der systemisch-konstruktivistischen Theorie und Praxis. 3. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Kromrey, Helmut (2000): Die Bewertung von Humandienstleistungen. Fallstricke bei der Implementations- und Wirksamkeitsforschung sowie methodische Alternativen. In: Müller-Kohlenberg, Hildegard / Münstermann, Klaus (Hg:innen): Qualität von Humandienstleistungen. Evaluation und Qualitätsmanagement in Sozialer Arbeit und Gesundheitswesen. Opladen: Leske und Budrich, 19-57.

Kühlein, Thomas (2018a): Was ist die ICPC-2? Teil 1. <https://primaerversorgung.org/wp-content/uploads/2018/06/Was-ist-die-ICPC-2-1ter-Teil-1.pdf> [Zugriff: 11.03.2021].

Kühlein, Thomas (2018b): Was ist die ICPC-2? Teil 2. <https://primaerversorgung.org/wp-content/uploads/2018/06/Was-ist-die-ICPC-2-2ter-Teil.pdf> [Zugriff: 11.03.2021].

Monzer, Michael (2013): Case Management Grundlagen. Heidelberg: medhochzwei.

Müller, Burkhard (2000): Evaluationskompetenz und Innovationskompetenz. Oder: Interne Evaluation als Ziel, externe Evaluation als Mittel. In: Müller-Kohlenberg, Hildegard / Münstermann, Klaus (Hg:innen): Qualität von Humandienstleistungen. Evaluation und Qualitätsmanagement in Sozialer Arbeit und Gesundheitswesen. Opladen: Leske und Budrich, 227-232.

OBDS (2004): Basisdokumente der Sozialen Arbeit. Handlungsfelder der Sozialen Arbeit. https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2018/04/handlungsfelder-fh-campus_wien.pdf [Zugriff: 14.02.2021].

OBDS (2017a): Berufsbild der Sozialarbeit. <https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2018/05/Berufsbild-Sozialarbeit-2017-06-beschlossen.pdf> [Zugriff: 16.02.2021].

OBDS (2017b): Sozialarbeit in der Primärversorgung. Informationsunterlage für Interessierte. https://www.obds.at/wp/wp-content/uploads/2018/07/Sozialarbeit-in-PV_Argumentationsunterlage.pdf [Zugriff: 16.02.2021].

ÖFOP (o.A.): Was ist Primärversorgung? <https://primaerversorgung.org/fragen-und-antworten/> [Zugriff: 16.02.2021].

ÖFOP (2017): ICPC-2 – die Klassifizierung für die Primärversorgung. <https://primaerversorgung.org/2017/10/19/icpc-2-die-klassifizierung-fuer-die-primaerversorgung/> [Zugriff: 11.03.2021].

ÖGERN (Hg:innen) (2019): Primärversorgung zwischen Medizin, Pflege und Rettungsdienst. Tagungsband. Nr. 6 (2019), Wien: Educa Verlag, 139-149.

Pantuček-Eisenbacher, Peter (2019): Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit. 4. Auflage, Göttingen: Vandenhoeck&Ruprecht.

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

Redelsteiner, Christoph (2017): Gesundheitsberuf SozialarbeiterIn. In: SIÖ, Nr. 03, 2017, 10-18.

Spektrum (o.A.): Zirkularität. <https://www.spektrum.de/lexikon/psychologie/zirkularitaet/17248> [Zugriff: 14.02.2021].

Statistik Austria (2019): Klassifikationen. ICD-Klassifikation. https://www.statistik.at/web_de/klassifikationen/klassifikationsdatenbank/weitere_klassifikationen/icd_klassifikationen/index.html [Zugriff: 24.04.2021].

Staub-Bernasconi, Silvia (2007): Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft. Bern/Stuttgart/Wien: Haupt Verlag.

Universität Wien (2012): Grundlagen sozialwissenschaftlicher Methodologie: Empirische Forschung in den Sozialwissenschaften. Kategorisierung und Klassifizierung. <https://www.univie.ac.at/sowi-online/esowi/cp/methodologiesowi/methodologiesowi-32.html> [Zugriff: 09.03.2021].

WHO (1978): Erklärung von Alma-Ata. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf [Zugriff: 16.02.2021].

WHO (o.A.): Classifications. <https://www.who.int/standards/classifications> [Zugriff: 11.03.2021].

Weischer, Christoph (2007): Sozialforschung. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

WICC (o.A.): Home. <http://wicc.news/> [Zugriff: 11.03.2021].

WONCA (o.A.): About WONCA Europe. <https://www.woncaeurope.org/page/about-wonca-europe> [Zugriff: 11.03.2021].

Zauner, Antonia (2016): Mehr als nur ein notwendiges Übel. Über Potenziale, Risiken und Ambivalenzen von Dokumentation in der Sozialen Arbeit. In: Soziales Kapital, Nr. 15, 2016, 180-192.

Daten

FT, Forschungstagebuch erstellt von M. Ullram, Oktober 2020 – April 2021.

INT 3, Interview geführt von I. Schnell und M. Ullram, 15.02.2021, Audiodatei.

INT 4, Interview geführt von C. Grünwald und M. Ullram, 02.02.2021, Audiodatei.

INT 6, Interview geführt von I. Schnell und M. Ullram, 09.02.2021, Audiodatei.

INT 7, Interview geführt von I. Schnell und M. Ullram, 24.02.2021, Audiodatei.

INT 8, Interview geführt von I. Schnell und M. Ullram, 24.02.2021, Audiodatei.

INT 9, Interview geführt von C. Grünwald und M. Ullram, 01.03.2021, Audiodatei.

T3, Transkript Interview INT 3, erstellt von I. Schnell und M. Ullram, Februar 2021, durchgehend nummeriert.

T4, Transkript Interview INT 4, erstellt von C. Grünwald und M. Ullram, Februar 2021, durchgehend nummeriert.

T6, Transkript Interview INT 6, erstellt von I. Schnell und M. Ullram, Februar 2021, durchgehend nummeriert.

T7, Transkript Interview INT 7, erstellt von I. Schnell und M. Ullram, Februar 2021, durchgehend nummeriert.

T8, Transkript Interview INT 8, erstellt von I. Schnell und M. Ullram, Februar 2021, durchgehend nummeriert.

T9, Transkript Interview INT 9, erstellt von C. Grünwald und M. Ullram, März 2021, durchgehend nummeriert.

Abkürzungen

DWDS	Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
FH	Fachhochschule
ICD	International Classification of Diseases
ICPC	International Classification of Primary Care
ICPC-2	International Classification of Primary Care, Second edition
ICPC-3	International Classification of Primary Care, Third edition
NNB	Nicht Näher Bezeichnet
OBDS	Österreichischer Berufsverband der Sozialen Arbeit
ÖFOP	Österreichisches Forum Primärversorgung
ÖGERN	Österreichische Gesellschaft für Ethik und Recht in der Notfall- und Katastrophenmedizin
PC	Primary Care
PV	Primärversorgung
PVE	Primärversorgungseinheit

SA	Soziale Arbeit
SA@PV	Soziale Arbeit in der Primärversorgung
SIÖ	Soziale Arbeit in Österreich (Fachzeitschrift für Soziale Arbeit)
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WICC	WONCA International Classification Committee
WONCA	World Organization of Family Doctors

Abbildungen

Abb. 1, Seite 10: Das Team rund um Patient:innen. Quelle: Österreichische Sozialversicherung (2020): Die neue Primärversorgung ist Schlüssel zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung.

<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.843942&portal=svportal>
[Zugriff: 16.02.2021].

Abb. 2, Seite 10: Vorteile für Patient:innen. Quelle: Österreichische Sozialversicherung (2020): Die neue Primärversorgung ist Schlüssel zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung.

<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/?contentid=10007.843942&portal=svportal>
[Zugriff: 16.02.2021].

Abb. 3, Seite 18: Two-Pager. Quelle: ÖFOP (2017): ICPC-2 – die Klassifizierung für die Primärversorgung. <https://primaerversorgung.org/2017/10/19/icpc-2-die-klassifizierung-fuer-die-primaerversorgung/> [Zugriff: 11.02.2021].

Abb. 4, Seite 18: Diagnosen sozialer Probleme. Quelle: Quelle: ÖFOP (2017): ICPC-2 – die Klassifizierung für die Primärversorgung. <https://primaerversorgung.org/2017/10/19/icpc-2-die-klassifizierung-fuer-die-primaerversorgung/> [Zugriff: 11.02.2021].

Abb. 5, Seite 33: Bewertung. Erstellt von M. Ullram am 16.04.2021.

Anhang

Vorschlag Einteilung Z-Kapitel

ICPC-2 Kategorisierung nach Handlungsfeldern:

1. Existenzsicherung
 - a. Armut / finanzielle Probleme
 - b. Probleme mit Wohnen / Wohnungslosigkeit / Obdachlosigkeit
 - c. Schuldenregulierung
 - d. Probleme mit Gesundheitssystem
2. Familie & Kinder- und Jugendhilfe
 - a. Probleme mit Erkrankung des Kindes
 - b. Probleme durch Verhalten des Kindes
 - c. Probleme durch Trennung / Scheidung
 - d. Probleme durch Verhalten / Erkrankung des Partners
 - e. Misshandlungen / Gefährdungen
3. Gesundheit
 - a. Funktionseinschränkungen / Behinderung
 - b. Probleme durch Alter
 - c. Probleme durch Erkrankung
 - d. Gesundheitsvorsorge, Reha, Kur
 - e. Probleme durch psychiatrische Erkrankung
 - f. Krisenintervention
 - g. Psychosoziale Belastungen
4. Migration
 - a. Probleme mit Aufenthaltsrecht
 - b. Probleme mit Asyl
 - c. Sonstige rechtliche Probleme
 - d. Probleme durch Migration (Sprachbarriere, Einsamkeit)
5. Arbeit und Ausbildung
 - a. Probleme mit Arbeitsplatz
 - b. Probleme mit Arbeitslosigkeit
 - c. Ausbildungsprobleme
6. Rechtliche Probleme (z.B. Haft, Bewährung, Probezeit, ...)

Interviewleitfaden SA@PV

Forschungsprojekt "Dokumentation und Bewertung sozialarbeiterischer Betreuungsprozesse in der Primärversorgung" – innerhalb dieses Projektes forschen wir als Untergruppe im Bereich ICPC-2. Dabei interessieren uns besonders die Diagnosen Sozialer Probleme, die Z-Diagnosen, mit denen Sozialarbeiter:innen in PVE in der Praxis arbeiten (sollten).

- Bitte erzähle uns kurz über deinen beruflichen Werdegang und deinen Zugang zu ICPC-2.
- Wie lange arbeitest du schon mit ICPC-2?
- Wann wendest du in der Praxis die Z-Diagnosen an?
- Warum werden die Z-Diagnosen in deiner Arbeitspraxis angewendet?
 - Stichwort Qualitätssicherung?
 - Stichwort Jahresrückschau / Teilnahme an Statistik?
 - Stichwort Bewertung von Sozialer Arbeit?
- Wie wird Soziale Arbeit bei dir in der Praxis bewertet?
- Wie bewertest du die Soziale Arbeit selbst in der Praxis?
- Welche Vorteile ergeben sich aus der Anwendung der Z-Diagnosen?
 - Welche Erleichterungen ergeben sich?
- Vorteile für die Arbeit im multiprofessionellen Team?
- Welche Nachteile ergeben sich?
 - Probleme in der Anwendung? „Nützlichkeit“?
- Wie erlebst du die Anwendung der Z-Diagnosen?
 - Im Sinne von – welche Gefühle löst es bei dir aus / wie bewertest du die Anwendung?
- Welche Verbesserungsvorschläge hättest du für ICPC-2 und die Z-Diagnosen?
- Welche Auswirkungen auf dein Klient:innenbild hat die Anwendung der Z-Diagnosen für dich?
- Wie können die Z-Diagnosen helfen die Sichtbarkeit von Sozialer Arbeit (in der SA@PV) zu erhöhen?

- Pflegst du fachlichen Austausch mit Kolleg:innen aus der Praxis zu ICPC-2 und den Z-Diagnosen? Wenn ja – welche Erfahrungsberichte von Dritten aus der Praxis sind dir bekannt?
- Gibt es noch Punkte die wir ausgelassen haben und die dir relevant erscheinen?

Aufzeichnungsbeispiel

1 A: OK, passt. So, also Du hast, danke nochmal, dass Du Dir Zeit nimmst, das ist echt voll
 2 cool und, genau und Du hast Dich eh schon, also Du hast es Dir eh vorher ein bisschen
 3 angeschaut und weißt jetzt ungefähr, um was es geht und eben die Marianne und ich, wir
 4 wollen, also wir beschäftigen uns halt mit dem ICPC-2, aber wenn wir jetzt über den ICPC-2
 5 reden, dann ist das eigentlich, geht es immer um die Z-Diagnosen, so im Großen und
 6 Ganzen.
 7 B: Ja. Hmhm.
 8 A: Genau.
 9 B: Klar.
 10 A: Und die erste Frage, magst Du mir kurz erzählen, wie Du ins PVZ gekommen bist und
 dann halt auch generell Dein Zugang zum ICPC-2 und eben wie lange Du schon mit dem
 12 ICPC-2 jetzt in der Praxis arbeitest?
 13 B: Hmhm. Also wie ich ins PVZ oder PV gekommen bin, war eigentlich, dass ich die
 Ärzt:innen, habe ich davor schon gekannt, wie haben davor in einer Substitutionseinrichtung
 15 gemeinsam gearbeitet, die haben sich selbstständig gemacht und ich habe dann irgendwann
 16 erfahren, dass sie doch eine Sozialarbeiterin über die Stadt kriegen und habe mich dann
 17 einfach beworben und die Stelle recht schnell gekriegt. Das war kein Abwerben, aber ich
 18 habe dann gewusst, sie kriegen doch eine Sozialarbeiterin, das ist recht spät erst
 19 entschieden worden, kurz vor Start vom PVE, genau und das war dann im Sommer 2019
 20 oder Ende Sommer 2019 habe ich mich dann beworben und den Zuschlag gleich gekriegt,
 21 von der Stadt und habe dann 14 Tage später, nach Eröffnung vom PVE gestartet, das war
 22 am 1. Oktober 2019 ist eröffnet worden und ich bin mit 14. Oktober dann eingestiegen,
 23 genau. Und weil wir dieses Win Doc haben, also wir habe so ein Programm, heißt es, in der
 24 Ordination und da ist dieses ICPC-2 wird da verwendet und deswegen habe ich da damit
 25 gestartet. Davor habe ich es nicht gekannt, aber eben aufgrund dieser
 26 Dokumentationssysteme, was wir haben, in der Firma ist das quasi das Tool dahinter zum
 27 Diagnosen eintragen.

Auswertungsbeispiel

Zeile	Paraphrase	Textrahmen/ Intention	Lebensweltlicher Kontext	Interaktions- effekte	Systemeffekte
10 - 30	Person erzählt über ersten Kontakt zu ICPC-2 – Wird in PVE gemeinsam mit PC System (WinDoc) verwendet. Ist das Tool um Diagnosen einzutragen. Bis dahin war ihr ICPC nicht bekannt.	Person möchte auf Frage antworten. Person teilt ihre Praxiserfahrungen. Person hat mittlerweile mehr Fachwissen angesammelt als zu Beginn der Tätigkeit in PVE.	Eine System / eine Klassifikation wird angewendet weil es von der Organisation vorgeschrieben wird / vorgesehen ist. In einem neuen Berufsfeld ergeben sich neue Anforderungen an Dokumentation. (Codierpflicht in PVE) SA:innen arbeiten mit ICPC-2 weil es von der Organisation implementiert wurde. ICPC-2 hat einen geringen Bekanntheitsgrad außerhalb der PV.	Person investiert um sich in Doku-System einzuarbeiten. Person ist interessiert sich fachlich weiterzubilden. Person passt sich den Gegebenheiten der Org. an und verwendet System.	SA:innen in der PV verwenden spezifische Doku-Systeme. In der PV gibt es besondere Maßstäbe und Pflichten zur Dokumentation (Codierpflicht). Das Berufsfeld von SA:innen in der PV unterscheidet sich hinsichtlich der Verwendung einer Klassifikation von anderen Handlungsfeldern. Die ICPC Klassifizierung ist außerhalb der PV wenig bekannt.

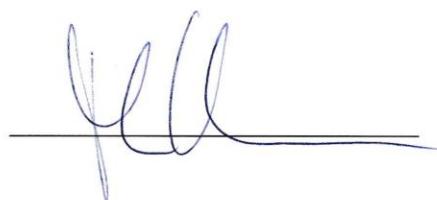
Eidesstattliche Erklärung

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Marianne Ullram**, geboren am **30.05.1983** 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,

Unter-Oberndorf, am **30.04.2021**

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Marianne Ullram", is written over a horizontal line.