

Der Einfluss sozialarbeitsexterner Dokumentation auf das Erkennen von psychosozialem Interventionsbedarf im PVZ

Mag. Katrin Haslinger
1810406306

Bachelorarbeit 2

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

Datum: 27. April 2021
Version: 1

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

Abstract

Die vorliegende qualitative Forschungsarbeit ist eingebettet in ein Teamprojekt zu *Dokumentation und Bewertung sozialarbeiterischer Betreuungsprozesse in der Primärversorgung*. Sie beleuchtet hier den Einfluss sozialarbeitsexterner Dokumentation auf das Erkennen von psychosozialen Belastungen von Klient*innen in Primärversorgungszentren, um darüber hinaus darauf aufbauend die Dokumentation weiterzuentwickeln. Mit Hilfe des „Offenen Kodierens“ aus der „Grounded Theory“ von Strauss, Glaser und Corbin wurden teilstrukturierte Leitfaden-Interviews und Emailprotokolle analysiert. Diese zeigen die Bedeutung der Dokumentation hinsichtlich der Fragestellung auf, sie tritt aber im gut zusammenarbeitenden, interdisziplinären Team hinter jene des persönlichen Austausches zurück.

This quality case study is embedded in a team project on *Documentation and Assessment of Social Work Processes in Primary Health Care*. Within this project it focusses on social-work-external documentation and the extent to which it contributes to recognizing psychosocial burdens in clients of primary health care centres. Based on the findings the aim of this work further is to suggest developmental changes for primary health care documentation. By means of the „Open Coding“ strategy taken from the „Grounded Theory“ method by Strauss, Glaser and Corbin partly-structured guideline interviews and email records were analysed. Regarding the focus of the research they show the importance of documentation, which nevertheless stays behind the significance of interpersonal interaction within a well-performing interdisciplinary team.

Inhalt

1	Einleitung.....	4
2	Forschungsprozess	4
2.1	Ausgangslage und Forschungsinteresse	4
2.2	Fragestellung.....	5
2.3	Themenrelevanz und Einordnung in das Gesamtprojekt	6
3	Empirie	7
3.1	Methode der Datenerhebung.....	7
3.2	Interviews und weiteres Datenmaterial	7
3.3	Auswertungsmethode	8
4	Begriffsdefinitionen.....	9
4.1	Sozialarbeitsexterne Professionen im PVZ	9
4.2	Multiprofessionalität und Interdisziplinarität.....	9
4.3	Dokumentation	10
4.4	Dokumentation im Primärversorgungszentrum	10
4.5	Bio-psycho-soziales Modell	11
4.6	Psychosoziale Intervention.....	11
5	Forschungsergebnisse	12
5.1	Gemeinsame Dokumentation im PVZ	12
5.1.1	Zugänge zu (gemeinsamer) Dokumentation im PVZ	13
5.1.2	Gegenseitige Konsultation der Dokumentation und Vernetzung	14
5.2	Dokumentation von psychosozialen Belangen.....	16
5.2.1	Erkennen psychosozialer Belastungen durch Allgemeinmediziner*innen	16
5.2.2	Erkennen psychosozialer Belastungen durch andere Berufsgruppen	17
5.2.3	Inhaltliche Schwerpunkte der Dokumentation der Sozialen Arbeit	19
5.2.4	Gemeinsamkeiten in der Dokumentationsweise	20
5.3	Die Rolle der sozialarbeitsexternen Dokumentation im Erkennen von psychosozialen Interventionsbedarf.....	21
5.4	Veränderungs- und Erweiterungswünsche hinsichtlich der Dokumentation	24
6	Resümee und Ausblick	25
	Literatur	27
	Daten	29
	Abkürzungen	30
	Anhang.....	31
	Eidesstattliche Erklärung	42

1 Einleitung

Im Jahr 2015 wurde die erste Primärversorgungseinheit (PVE) als Pilotprojekt in Wien gegründet, mit Stand Jänner 2021 sind es 23 PVE österreichweit. Diese unterliegen einem bundesweiten Rahmenvertrag, der zwar regionale Spielräume zulässt, gewisse gemeinsame Standards aber festlegt. Zu diesen zählen u.a. die Versorgung von chronisch Erkrankten, Schwerpunkt-Angebote für ältere Personen und Kinder, (präventive) gesundheitsfördernde Angebote und eine verpflichtende Diagnosedokumentation (vgl. SV o.A. b; SV o.A. c). Eine PVE orientiert sich an den Grundsätzen der Primärversorgung als „[...] allgemeine und direkt zugängliche erste Kontaktstelle für alle Menschen mit gesundheitlichen Problemen im Sinne einer umfassenden Grundversorgung. Sie soll den Versorgungsprozess koordinieren und gewährleistet ganzheitliche und kontinuierliche Betreuung. Sie berücksichtigt auch gesellschaftliche Bedingungen.“ (Gesundheits-Zielsteuerungsgesetz § 3 Z 7).

PVE können entweder als Primärversorgungszentren (PVZ) oder als Primärversorgungsnetzwerke (PVN) geführt werden. Meine Forschung untersucht dabei PVZ, in denen sich – anders als in PVN – alle Gesundheits- und Sozialberufe unter einem Dach befinden. Sie weisen nicht zuletzt aus diesem Grund besonders großes Potenzial an multiprofessioneller und interdisziplinärer Zusammenarbeit auf. Ihre Vorteile liegen laut Beschreibung für die Professionist*innen vor allem in rascheren und vereinfachten Abstimmungs- und Kommunikationsmöglichkeiten, einem bewussteren Verständnis von Teamarbeit und Interdisziplinarität und der erleichterten Delegation und Organisation von Vertreter*innen (vgl. SV o.A. a). Vor diesem Hintergrund möchte ich in meiner Arbeit diese als stets sehr positiv dargestellte Zusammenarbeit mit Blick auf die Dokumentation und Kommunikation kritisch untersuchen.

2 Forschungsprozess

2.1 Ausgangslage und Forschungsinteresse

In den letzten Jahren wurde in Bezug auf die Sozialarbeit innerhalb PVE an der FH St. Pölten vor allem in Richtung sozialarbeiterischer Handlungskonzepte, konkreter Praxisansätze und -methoden und der Einbindung der Sozialen Arbeit in den Einheiten geforscht. Diese Forschungen gehen u.a. davon aus, dass die Soziale Arbeit in der Primärversorgung dem Phänomen von „Drehtürpatient*innen“ und „Heavy Users“ entgegensteuern kann, da sie psychische, soziale und ökonomische Problemlagen hinter oder neben den geäußerten Beschwerden der Patient*innen erkennen und mit ihnen gemeinsam ressourcenorientiert passender behandeln kann. Eine zweite Annahme aus der Forschung in diesem Zusammenhang ist, dass durch den Einsatz der Sozialen Arbeit und die beschriebene Fähigkeit im interdisziplinären Team generell Stress unter den behandelnden

Gesundheitsprofessionen reduziert wird, was sich wiederum präventiv positiv für sie gegen Burnout auswirkt (vgl. FH St. Pölten 2018; FH St. Pölten 2019; Schmid 2014: 76).

Die beiden genannten Annahmen bringen zugleich auch meine Forschungsgruppe und mich auf unseren gemeinsamen Forschungsweg, allerdings im Rahmen von Dokumentation und Bewertung der Betreuungsprozesse. Innerhalb dieses Rahmens soll das Ziel meiner Arbeit vorrangig die Weiterentwicklung von Dokumentationsweisen der Professionen außerhalb der Sozialen Arbeit und dadurch eine Verbesserung der Versorgungsgegebenheiten für Betroffene sein. Ich gehe hierbei von Redelsteiner (2013: 3) aus:

„Nicht selten ist das präsentierte medizinische Problem des Patienten real ein komplexeres – Einsamkeit, mangelnde Pflege, psychische Erkrankung, überforderte »significant others«. Bleibt die Versorgungskette auf das »presented problem« konzentriert und das tatsächliche Problem ohne Erkennung und Lösungsversuch, wird der Patient weiter Hilfe suchen. Ein Indikator für eine letztlich nicht adäquate Reaktion ist das rasche erneute Hilfeersuchen durch die PatientIn oder Angehörige“

Für mich stellt sich die Frage, wie die Soziale Arbeit die Möglichkeit erhält, Patient*innen mit psychosozialen Kern-/Begleitproblemen zu betreuen/behandeln oder zielgerichtet an weitere Akteur*innen in diesem Bereich weitervermitteln zu können. Psychosoziale Probleme sind in den Köpfen Vieler noch tabuisiert, weil sie stark stigmatisiert sind. Andere Menschen wiederum sind für diese nicht oder mangelhaft sensibilisiert, trauen sich nicht, sie behandeln zu lassen oder erachten sie als nicht behandlungsbedürftig. Diese Umstände sind häufig dadurch verstärkt, dass viele Menschen wenig über den Behandlungsbereich der Sozialen Arbeit wissen und ihn auch deshalb nicht in Erwägung ziehen (vgl. Falter Radio 2020). Ich nehme deshalb an, dass Patient*innen in vielen Fällen nicht an erster Stelle an die Soziale Arbeit im PVZ andocken, sondern an die Allgemeinmedizin oder andere Professionen. Durch eine gute Dokumentation dieser Professionen lassen sich, meiner Meinung nach, aber u.a. psychosoziale Problemlagen erkennen und es eröffnet sich somit die Möglichkeit, die Soziale Arbeit mit ins Boot zu holen. In meiner Forschung werde ich untersuchen, welche Möglichkeiten die Professionen außerhalb der Sozialen Arbeit haben, um psychosoziale Anzeichen zu dokumentieren und zu kommunizieren, wie sie diese nutzen und welchen Mehrwert ihre Dokumentation für die weitere Arbeit des*r Sozialarbeiter*in hat.

2.2 Fragestellung

Vor diesem Hintergrund ergeben sich für mich folgende Forschungsfrage und Detailfragen:

Forschungsfrage:

■ Welchen Einfluss haben Dokumentationen von Professionen außerhalb der Sozialen Arbeit auf das Erkennen von sozialarbeiterischem, psychosozialen Interventionsbedarf in PVZ?

Detailfragen:

- Wie dokumentieren und kommunizieren die Professionen außerhalb der Sozialen Arbeit Anzeichen für psychosoziale Probleme in PVZ?
- Welchen Mehrwert sprechen Sozialarbeiter*innen und Kolleg*innen anderer Professionen diesen Dokumentationen bezüglich des Erkennens von psychosozialen Problemen in PVZ zu?
- Welche Veränderungs- und Erweiterungswünsche haben die Professionist*innen an die Dokumentation diesbezüglich?

2.3 Themenrelevanz und Einordnung in das Gesamtprojekt

Das Gesamtprojekt nimmt die Dokumentation und Bewertung sozialarbeiterischer Betreuungsprozesse in der Primärversorgung in den Fokus. Sein Ziel ist, Grundlagen der sozialarbeiterischen Dokumentation sowie jener von Allgemeinmediziner*innen und anderen Professionist*innen konkret weiterzuentwickeln, um die Grundlage für deren Praxis zu verbessern und dadurch gleichzeitig interessierte oder betroffene Menschen im Bereich der Allgemeinmedizin und der Primärversorgung zu unterstützen (vgl. FH St. Pölten o.A.: 1-6). Am Gesamtprojekt beteiligt sind meine 10 Studienkolleg*innen und ich. Somit entstehen 11 eigenständige Forschungsarbeiten und als gemeinsamer Output ein Paper zu Dokumentation in der Primärversorgung.

Meine Forschung untersucht in diesem Kontext zunächst den Ist-Zustand sozialarbeitsexterner Dokumentation, um in weiterer Folge Verbesserungs- und Weiterentwicklungsmöglichkeiten herauszuarbeiten. Die Erforschung dieser Dokumentation ist von grundlegender Bedeutung für die Beteiligung der Sozialen Arbeit an der Betreuung von Klient*innen mit psychosozialen Problemen, da aus unterschiedlichen Gründen, wie weiter oben beschrieben, die Soziale Arbeit in diesen Fällen sonst oft nicht zum Einsatz kommt. Ich gehe somit davon aus, dass die Dokumentation von Professionen außerhalb der Sozialen Arbeit in vielen Fällen erst die sozialarbeiterische Praxis möglich macht und folglich auch die Voraussetzung für eine allfällige spätere Bewertung sozialarbeiterischer Betreuungsprozesse ist. Sie dient zum einen dazu, psychosoziale Probleme selbst, oder zumindest den sozialarbeiterischen Interventionsbedarf zu erkennen, der in Folge psychosoziale Probleme identifiziert. Sie hilft zum anderen aber auch den Sozialarbeiter*innen in ihrem Betreuungsverlauf. Hier denke ich, die multiprofessionellen Einschätzungen und Erhebungen ermöglichen den Sozialarbeiter*innen einen Vorsprung in der Betreuung und verfestigen gleichzeitig die multiprofessionelle-interdisziplinäre Denkweise und Dokumentation auf allen Seiten durch den erkennbaren Benefit, den diese mit sich bringen. Es entstehen so ineinandergreifende Kettenreaktionen oder Betreuungskreisläufe, an denen alle fallspezifisch relevanten Professionen leichter teilnehmen und in denen diese voneinander profitieren können. Die Soziale Arbeit im PVZ kann sich somit ganz besonders innerhalb der Sozialen Arbeit entwickeln, da sie durch die Möglichkeit der Einsichtnahme in die Dokumentation der anderen Professionen einen besonders wertvollen Informationsbogen zur Verfügung hat.

Zusammenfassend sehe ich meine Forschungsarbeit als Beitrag in Richtung einer ganzheitlicheren Unterstützung von Betroffenen und Interessierten, der eingebettet in ein bio-psycho-soziales Gesundheitsverständnis ist. Die Soziale Arbeit wird durch meine Forschung besser sichtbar, ihr Angebot bekannter und eventuell erweitert. In Folge kann die Soziale Arbeit so wiederum Wissen über psychosoziale Probleme vermitteln und zu deren Entstigmatisierung beitragen.

3 Empirie

3.1 Methode der Datenerhebung

Meine Forschungsarbeit folgt dem qualitativen Ansatz, da sie sich zum Ziel nimmt, den Einfluss sozialarbeitsexterner Dokumentation auf das Erkennen von psychosozialen Problemen von Patient*innen, die durch die Soziale Arbeit behandelt/begleitet werden können, erst zu erheben. Sie ist also - im Unterschied zu hypothesenüberprüfenden, quantitativen Forschungen - hypothesengenerierend (vgl. Schmid 2006: 46-47). Das bedeutet, „Ziel ist [...] weniger, Bekanntes (etwa vorliegende Theorien bzw. Hypothesen) zu überprüfen, als Neues in der untersuchten Situation zu entdecken und daraus Hypothesen oder eine Theorie zu entwickeln.“ (Flick 2009: 25) Für meine Arbeit zusätzlich relevant in diesem qualitativen Rahmen ist, dass sich die Erfahrungen mit Multiprofessionalität und Dokumentationssystemen/-weisen in Primärversorgungseinheiten auf die jüngere Vergangenheit beschränken, da in Österreich die erste Pilot-Einheit erst im Jahr 2015 eröffnet wurde (vgl. SV o.A. b). Diese zeitliche Beschränkung, sowie mein Vorhaben, meine Forschung großteils anhand von Befragungen einiger weniger Sozialarbeiter*innen, Allgemeinmediziner*innen und Case and Care Manager*innen zu betreiben, definieren ebenso eine qualitative Forschungsarbeit (vgl. Flick 2009: 24-26, 200-201). Diese Befragungen erlauben mir einen umfassenden Blick und das Herausfiltern des „subjektiv gemeinten Sinn[s] des untersuchten Gegenstandes aus der Perspektive der Beteiligten [...]“ (ebd.: 25)

3.2 Interviews und weiteres Datenmaterial

Neben der Analyse existierender Forschungsarbeiten/-berichte nahm ich Befragungen mit jeweils 2 Sozialarbeiter*innen, 2 Allgemeinmediziner*innen und 2 Case and Care Managerinnen vor und hatte zusätzlich Zugriff auf einen großen Datenpool, der von den 11 Teilnehmer*innen meiner Projektgruppe befüllt wurde. Die Daten stammen aus Interviews und anderen Befragungen und erlauben einen vielschichtigen Einblick in die Arbeit in PVE.

Ich für meinen Teil wählte für meine Befragungen teilstrukturierte Leitfadeninterviews. Diese erlaubten einen offenen Zugang und schränkten die persönlichen Erfahrungseinschätzungen nicht von vornherein ein oder wiesen diese in eine Bahn. Gleichzeitig bot mir der vorbereitete

Leitfaden gewisse Anhaltspunkte und insgesamt einen guten Rahmen, der mir später in der Auswertung der Interviews half. Durch die Reduktion auf einige wenige Befragungen versprach ich mir – entsprechend des qualitativen Ansatzes - detaillierte, individuelle, nicht standardisierbare Erkenntnisse (vgl. ebd.: 24-27).

3.3 Auswertungsmethode

Für die Auswertung meiner Interviews wählte ich die Methode des „Offenen Kodierens“ aus der „Grounded Theory“ von Strauss, Glaser und Corbin. Diese ermöglicht mir, anhand der erhobenen Daten Theorien zu entwickeln. „Dabei werden kontinuierlich Vergleiche zwischen Phänomenen, Fällen, Begriffen etc. vorgenommen und Fragen an den Text gestellt.“ (ebd.: 168) Die Aussagen aus den Interviews werden zunächst in einzelne Sinneinheiten zerlegt und danach mit Anmerkungen und Konzepten versehen. Diesen Konzepten werden wiederum Eigenschaften und Dimensionen beigemessen, die schließlich sinnhaft in Memos interpretiert werden. Während des Auswertungsvorgangs werden stets Fragen an den Text gestellt (Worum geht es hier? Wer sind die Akteur*innen? Welche Aspekte werden angesprochen? Welcher Zeitraum wird angesprochen? Welche Orte? Wozu wird etwas gesagt? usw.) (vgl. ebd.: 167-169). Für meine Forschung ist diese Art der Datenauswertung hilfreich, da sie nicht auf den gesamten Text angewendet wird, „sondern auf besonders aufschlussreiche oder auch besonders unklare Passagen [...]“ (ebd. 168) Sie ist zudem offen und macht es mir möglich, Daten umfassend zu analysieren, gefundene Konzepte interviewübergreifend miteinander zu vergleichen sowie eigene und fremde Vorannahmen in Frage zu stellen. Diese Punkte führen schließlich zu neuen Erkenntnissen (vgl. Strauss/Corbin 1996: 43-44, 50-51).

Die genannten Möglichkeiten, die das „Offene Kodieren“ mit sich bringt, sehe ich aus mehreren Gründen als vorteilhaft in meiner Forschung:

- Ich kann nur bedingt meine Interviewpartner*innen selbst frei wählen, da ich zum einen auf ihr Entgegenkommen angewiesen bin und zum anderen auf die Koordinierung und Auswahl in der Projektgruppe Rücksicht nehmen muss. Somit sind mir lokal-kontextuelle Einheiten nicht garantiert. Das „Offene Kodieren“ bietet mir aber die Möglichkeit, auch anders Einheiten zu finden und zu vergleichen.
- Die Bearbeitung in der Projektgruppe ermöglicht mir Zugang zu einem umfassenden Datenpool. Die darin enthaltenen Interviews behandeln aber auch eine Vielzahl an projektrelevanten Themen, die für meine Forschungsarbeit weniger von Belang sind. Das „Offene Kodieren“ ermöglicht mir, gerade die Aussagen herauszunehmen, die ich brauche.
- Ich habe mein Projektthema mitunter deshalb gewählt, weil ich grundsätzlich dem multiprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeiten in Primärversorgungszentren gegenüber positiv eingestellt bin. Eventuell vorhandene persönliche Vorannahmen lassen sich deshalb meinerseits nicht ausschließen. Auch aus diesem Grund schätze ich das „Offene Kodieren“ als wertvolles Analysetool, da es sich gut eignet, Vorannahmen aufzubrechen und neue Erkenntnisse zu erhalten.

4 Begriffsdefinitionen

4.1 Sozialarbeitsexterne Professionen im PVZ

Diese Forschungsarbeit untersucht die Wirkung der Dokumentation(en) jener Gesundheitsberufe, die nicht der Sozialarbeit zugeordnet werden, aber mit ihr unter dem Dach des PVZ multiprofessionell und interdisziplinär zusammenarbeiten. Zu diesen Professionen zählen zum einen die des Kernteams (Ärzt*innen der Allgemeinmedizin, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und Ordinationsassistent*innen) und zum anderen weitere Gesundheitsberufe, durch die neben der Versorgung von Kindern/ Jugendlichen/ älteren Menschen/ Palliativpatient*innen und psychosozial Beeinträchtigten, Medikationsmanagement und gesundheitsfördernde/ präventive Ansätze gewährleistet werden. Welche Berufsgruppen schließlich tatsächlich Teil des Teams sind, hängt von regionalen Bedürfnissen ab und wird auf Landesebene entschieden. Hauptsächlich handelt es sich bei ihnen (neben jener der Sozialarbeiter*innen) um folgende: Diätolog*innen, Ergotherapeut*innen, Fachärzt*innen für Kinder- und Jugendheilkunde, Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen, Hebammen, Logopäd*innen, Hauskrankenpfleger*innen, Mobile Dienste und Physiotherapeut*innen. Durch ihre Aufnahme in PVZ verpflichten sie sich zur strukturierten, multiprofessionellen und interdisziplinären Zusammenarbeit, welche den engen, regelmäßigen Austausch und die gegenseitige Information fordert (vgl. BMG 2014: 14-17).

Im Zuge meiner Forschung beziehe ich mich neben der Befragung von Sozialarbeiter*innen auf jene von Allgemeinmediziner*innen und Case and Care Manager*innen und hoffe dadurch, Einblick in die sozialarbeitsexterne Dokumentation zu gewinnen.

4.2 Multiprofessionalität und Interdisziplinarität

In einem multiprofessionellen Team addieren und ergänzen sich unterschiedliche Fähigkeiten aus verschiedenen Berufen und zeigen dadurch einen Mehrwert auf. Multiprofessionalität weist dabei zwar möglicherweise Kontakte zwischen den Professionen auf, gleichzeitig allerdings wenig bis keine Interaktion/ Zusammenarbeit. Sie ist u.a. typisch für die Arbeit in Krankenhäusern (vgl. Sottas 2013: 25).

Interdisziplinäres Arbeiten beschreibt die Zusammenarbeit von Professionist*innen unterschiedlicher Fachrichtungen innerhalb eines gemeinsamen Berufes. Im Fall des PVZ handelt sich hierbei um den Überbegriff *Gesundheits- und Sozialberufe*. Es bindet die Kompetenzen der anderen Professionen mit ein und nutzt diese auch (vgl. ebd.).

Im PVZ, so die Idee, sollen die Gesundheits- und Sozialberufe multiprofessionell und interdisziplinär zusammenarbeiten (vgl. BMG 2014). Das heißt zusammenfassend: Die verschiedenen Berufe haben zwar jeder für sich eigene Kompetenzen, die sich ergänzen, die Professionalität endet aber nicht hier. Vielmehr suchen die Vertreter*innen der besagten

Berufe den Austausch im Team und unterstützen sich gegenseitig mit ihren Ansätzen und Kenntnissen.

4.3 Dokumentation

Unter Dokumentation (im Bereich der Sozialen Arbeit) versteht man prozesshafte, schriftliche Aufzeichnungen über Sachverhalte und deren Bedeutungen. Sie „reicht von handschriftlichen Notizen, Berichten und Aktenvermerken, über Anamnesebögen und Hilfeplänen bis hin zu elektronischer Datenerfassung mittels Fach-Software, Leistungsberichten, Informationsfoldern u. v. m.“ (Zauner 2016: 181)

„Mittels Dokumentation werden Beobachtungen, Wahrnehmungen und damit einhergehende Bewertungen verschriftlicht, oder auf andere Art und Weise festgehalten und damit auf bestimmte Ziele hin >bearbeitbar< gemacht. Dokumentation stellt somit eine soziale Konstruktion dar, welche die Wirklichkeit in einer bestimmten Art und Weise abbildet.“ (ebd.: 187-188)

Dokumentation hat dementsprechend Bedeutung für die tägliche Arbeit der Sozialarbeiter*innen mit ihren Klient*innen, da sie ein Problem erst einmal bearbeitbar macht. Darüber hinaus regt sie zu Reflexion an, ermöglicht sie, andere Meinungen – u.a. der Klient*innen selbst - zum Vergleich einzuholen, steuert sie Handlungsschritte/ Methodeneinsatz/ Evaluation und treibt sie die Sozialarbeitsforschung voran. Schon allein vor diesem Hintergrund ist ersichtlich, welche große Verantwortung mit der Art und Weise der Dokumentation einhergeht, nicht zuletzt, weil sie abhängig von Blickwinkeln ist. Mitunter aus diesem Grund wird die Verwendung standardisierter, softwaregestützter Dokumentationssysteme forciert. Abgesehen von dieser *Kern*-Aufgabe hat die Dokumentation aber weitere Relevanz für die Soziale Arbeit. Sie ist gleichzeitig auch Legitimations-Grundlage für die Existenz der Profession und das sozialarbeiterische Handeln gegenüber Dritten (Klient*innen, Financiers, im juristischen Kontext) und ist deshalb bestimmt durch eine innere Ambivalenz, die während des Dokumentierens stets mitbedacht werden muss (vgl. ebd.).

4.4 Dokumentation im Primärversorgungszentrum

Das Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Primärversorgungseinrichtungen (PVEs) in Österreich sieht

„[das] Vorhandensein notwendiger (medizinisch-)**technischer/apparativer Ausstattung und IT-Infrastruktur** inkl. Software: standardisierte, elektronische Datenhaltung (z.B. Impfpläne, Erinnerungssysteme); strukturierte, nachvollziehbare elektronische Patientendokumentation (mit ELGA als integralem Bestandteil); Netzwerkstruktur mit anderen Akteuren zur gesicherten Informationsweitergabe unter Einhaltung von Datenschutzanforderungen, Technik, die eine barrierefreie Kommunikation ermöglicht [vor].“ (BMG 2014: 12-13)

Neben dem Einsatz von anderen wertvollen Dokumentationsmethoden (wie oben beschrieben) wurde 2017 das Klassifikationssystem ICPC-2 einer WONCA Arbeitsgruppe als gemeinsames Codierungssystem für PVEs festgelegt. Es wurde speziell für die Primärversorgung und die Hausarztmedizin entwickelt und wird weltweit in vielen Ländern verwendet. Es wurde auf Grundlage des ICD-10 erarbeitet, dessen Codes es in die eigenen umwandelt, da das ICD-System auf Diagnosen aufbaut, welche in der Primärversorgung allerdings oft nicht möglich/ nötig oder sogar hinderlich sind (vgl. Heckenthaler 2017).

Die Bedeutung der (gemeinsamen) Dokumentation allgemein (wie oben beschrieben) wird im PVZ aufgrund seiner Multiprofessionalität und Interdisziplinarität noch ersichtlicher. Sie dient 1) der Bearbeitbarkeit von Fällen im Team und der Sicherung des gewonnen Wissens, um zukünftig besser/ schneller reagieren zu können; 2) der Transparenz und Legitimation des eigenen Handelns, welche sich wiederum auswirken auf die Bereitschaft der Kolleg*innen anderer Professionen, Patient*innen zu verweisen und 3) der Transparenz hinsichtlich des Verweisungsbedarfs. D.h., die Dokumentation zeigt auf, dass und in welchen Fällen Patient*innen nicht ausschließlich von EINER bestimmten Profession behandelt werden DÜRFEN (vgl. Zauner 2016).

Bei all den Überlegungen zur schriftlichen/ computergestützten Dokumentation im PVZ darf nicht vergessen werden, dass diese den unmittelbaren Austausch mit Kolleg*innen nur ergänzt. Denn ohne den persönlichen Austausch entstehen leicht Konflikte und Missverständnisse (vgl. ebd.: 185).

4.5 Bio-psycho-soziales Modell

Das bio-psycho-soziale Modell wurde auf Grundlage der Gesundheitsdefinition von 1948 der WHO entwickelt und berücksichtigt nicht nur die bis dahin vorherrschenden biomedizinischen Aspekte der Gesundheit, sondern ebenfalls die individuellen Lebensumstände und die emotionalen Herangehens-/ Verarbeitungsweisen von Ereignissen. Es betont somit auch die psychosozialen Faktoren und betrachtet körperliche, psychische und soziale Gegebenheiten als untrennbare, voneinander abhängige und wechselseitige Komponenten der Gesundheit. Das bio-psycho-soziale Modell zeigt folglich auf, dass eine passende, effektive und gesundheitsorientierte Behandlung nur durch die multiprofessionelle Zusammenarbeit von Gesundheits- und Sozialberufen möglich ist (vgl. Geißler-Piltz et al. 2005: 21-24).

4.6 Psychosoziale Intervention

Psychosoziale Intervention betrachtet psychische und soziale Probleme gemeinsam. Sie orientiert sich an den lebensweltlichen Umständen, in denen die entsprechenden psychosozialen Probleme einer bestimmten Person entstehen. Sie umfasst dabei lebensweltorientierte Beratungsangebote, die wiederum gesellschaftsbedingte Umstände wie z.B. hinsichtlich Erziehung, Berufsorientierung/ -ausbildung, Sucht, Armut, Geschlechtergleichstellung, Kultur, usw. aufgreifen. Weiters betrachtet sie die Entstehung und

Entwicklung der individuellen Problemlage, sowie deren Bewältigungsversuche immer vor dem Hintergrund der individuellen Lebenswelt und richtet sich an der Klient*innen-Wahrnehmung bezüglich Realität und Problemhaftigkeit aus. Sie versteht sich als Hilfe zur Selbsthilfe (mitunter unter Berücksichtigung kompensatorischer Mittel), sie richtet sich präventiv aus, versteht sich als ressourcenorientiert und bezieht das Hilfesystem mit ein (vgl. Schnoor 2006).

„Eine lebensweltliche Perspektive relativiert die persönliche Zuschreibung eines Problems auf die Betroffenen selbst. Sie unterstützt damit eine respektierende Grundhaltung gegenüber den in den vorgegebenen Lebensverhältnissen sich entwickelnden Bewältigungsmustern der Klienten. Dazu muss der Berater aber auch die konkreten Lebens- und Alltagskontexte seiner Klienten kennen.“ (ebd.: 50)

Der in der psychosozialen Intervention so wichtige Begriff der *Lebensweltorientierung* hebt hervor, dass die Klient*innen als Expert*innen ihrer Realität verstanden werden und sie dort abgeholt werden müssen, wo sie stehen. Dazu ist es nötig, dass die Berater*innen an das Wissen ihrer Klient*innen anknüpfen. Nur so können sie sich an deren Lebenswelt annähern, um die Probleme überhaupt verstehen und in Folge mit den Klient*innen gemeinsam an diesen arbeiten zu können (vgl. Pantuček 1998: 78-84).

Im Unterschied zur psychosozialen Intervention, die den Betroffenen Unterstützung in der Bewältigung ihrer Alltagsprobleme anbietet, unterscheidet sich die Psychotherapie dahingehend, dass in ihr „dieser Lebensweltbezug kaum berücksichtigt [wird] und [...] die Gefahr der Psychologisierung sozial bedingter Konflikte [besteht].“ (Schnoor 2006: 50-51) Die psychosoziale Beratung mündet allerdings nicht selten in eine Psychotherapie, wenn sich herausstellt, dass „intrapsychische Konflikte die vorgebrachte Problemlage vorrangig (mit-) bedingen oder dauerhaft unterhalten und somit den Zugang zu inneren Ressourcen versperren.“ (Dunker/Wenzel 2006: 58)

5 Forschungsergebnisse

In diesem Kapitel fasse ich meine Ergebnisse zu meinen Forschungsfragen zusammen. Dabei gehe ich zunächst auf das gemeinsame Dokumentieren im PVZ an sich ein (Kapitel 5.1) und erst dann auf die Dokumentation von psychosozialer Relevanz (Kapitel 5.2; 5.3; 5.4).

5.1 Gemeinsame Dokumentation im PVZ

Bevor die spezifische Dokumentation von psychosozialen Problemen durch die unterschiedlichen Professionen beleuchtet werden kann, soll zunächst erläutert werden, welche Möglichkeiten der Dokumentation das Team des PVZ hat. Weiters wird hier ersichtlich,

wie die Professionist*innen die Dokumentation der anderen Berufsgruppen nutzen bzw. wie sie sich generell im PVZ vernetzen.

5.1.1 Zugänge zu (gemeinsamer) Dokumentation im PVZ

Die Vermutung, es gäbe in einem PVZ ein gemeinsames Dokumentationssystem, bestätigte sich in allen durchgeführten Befragungen unseres Projektteams. Diese Systeme erlauben eine umfassende interne Dokumentation aller Berufsangehörigen des jeweiligen Zentrums, d.h. alle an einem Fall beteiligten Professionist*innen dokumentieren grundsätzlich im selben System. Lediglich Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen dokumentieren aus gesetzlichen Gründen in ihrem eigenen (vgl. IT5 Z87-89; IT16 Z243-254, EP1 Z53-54). Die Dokumentationssysteme ermöglichen einerseits kurze und bündige Aufzeichnungen, zusätzlich aber auch detailliertere (vgl. IT5 Z289-294; IT16 Z13-15; EP1 Z160-162). Die Bereitschaft, auch ausführlicher zu dokumentieren variiert unter den Befragten, wobei vier wesentliche Gründe dafür herauszuhören sind:

- Ausführlichere Dokumentation wird als hilfreich empfunden, v.a. weil sie die Nachvollziehbarkeit von Fallverläufen und Interventionen ermöglicht. So können Kolleg*innen sowohl aus der eigenen Profession, als auch aus anderen Professionen schnell reagieren, wenn die dokumentierende Person z.B. nicht verfügbar ist oder es zu einem Personalwechsel kommt (vgl. IT5 Z289-302).

„Dann gibts eben noch [das] diplomierte Pflegepersonal, eben Sozialarbeit, Diätologin, Psychotherapie und damit [...] wenn da irgendein Behandlungsstrang möglich sein soll, dann muss dokumentiert werden, weil sonst weiß kein Mensch [...] was gemacht worden is. Und bei uns sind die Ärzte zwischen 15 und 25 Stunden anwesend. Das heißt ich bestell mir Leute die, was i ned, in speziellen Fällen die Leute wieder zu mir, aber das geht natürlich auch [...] nur bedingt, weil die Leute wollen ja die 50 Stunden in Anspruch nehmen können. Die wollen eben dann am Donnerstag Vormittag kommen und da bin ich nun mal nicht da, ja. Das heißt, a deswegen dokumentieren. Das is ganz wesentlich.“ (IT11 Z92-99)

- Dokumentation, die sich auf das Nötigste beziehen, werden aus Zeitgründen geschätzt und längere Dokumentationen werden als eher umständlich empfunden (vgl. IT5 Z295-297). Dabei wird auch erwähnt, dass die vorhandene wenige Zeit besser für die direkten Klient*innen-Arbeit genutzt werden sollte als für schriftliche Aufzeichnungen (vgl. IT16 Z38-42). Zusätzlich sollen Dokumentation noch handhabbar sein, d.h. zu lange Dokumentationen sind eventuell sogar nachteilig, wenn sie wegen ihrer Fülle an Information von den Kolleg*innen dann nicht mehr gelesen werden. „Ma muss auch aufpassen, dass ned überdokumentiert wird, weil [...] das is auf da Handlungsebene einfach dann nicht machbar, dass alles gut is...“ (IT11 Z263-265)

- Detaillierte Dokumentationen werden abgelehnt, um den*die Klient*in vor eventuellen Bestrebungen des Staates zu schützen. In diesen Fällen werden Dinge mitunter auch gar nicht dokumentiert.

„[...] man kann das durchaus als einen Verschleierungsversuch bezeichnen, wenn es darum geht, Informationen über Menschen auch zurückzuhalten. Wie beispielsweise, dass sie

momentan zwar offiziell arbeitsfähig sind oder arbeitssuchend sind, auch mehr als 20 Stunden dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen könnten, aber überhaupt keine Lust haben zu arbeiten. [Es gibt] Bestrebungen innerhalb des Staates [...], Informationen über Menschen dafür zu nützen allgemein formuliert Politik zu machen oder durchaus auch Menschen zu verfolgen oder [...] ihnen den Zugang zu etwas zu verwehren [...]" (IT16 Z107-115).

■ Eine detailliertere Dokumentation wird abgelehnt, um gleichzeitig für die im PVZ (noch) gegebene Freiheit in der persönlichen Dokumentationsweise einzustehen. Dieser Punkt macht die Ambivalenz der Handelnden in ihrer Dokumentationsweise spürbar, da grundsätzlich auch die Gefahr wahrgenommen wird, diese könne zu Legitimationszwecken und/oder einer Berichtspflicht der eigenen Profession verwendet werden (vgl. Zauner 2016).

„[...] dass die Sozialarbeit in Primärversorgungszentren relativ neu ist. Das heißt, natürlich gibt's jetzt Bestrebungen und Forschungsprojekte, das mal zu erfassen, was sie alles tun soll und festzuhalten und das ist natürlich die Voraussetzung dafür, diesen Bereich ökonomisch zu steuern, das war doch nicht anders in den letzten 40 Jahren [...]" (IT16 Z117-120)

„Das wäre, das würde mich so in die Berichtspflicht schön langsam bringen und eine Berichtspflicht nehme ich nicht wahr, sondern ich nehme eine wechselseitige Information wahr. Das heißt, ich sehe es von meinem Verständnis her nicht so, dass ich berichten muss, sondern wer sich informieren will, kann das tun [...]" (IT15 Z115-119)

Zuweilen werden auch eigens erstellte Dokumentationsvorlagen wie Sozialanamnesebögen verwendet, wenn die Möglichkeiten des allgemeinen Dokumentationssystems für bestimmte Zwecke als unzureichend empfunden werden. Diese werden dann aber ebenfalls an das System angehängt, sodass sie wiederum für alle Berufsgruppen einsehbar sind (vgl. EP1 Z156-162; IT5 Z375-380). Nur in seltenen Fällen wird von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, *versteckt* zu dokumentieren, d.h. sich über eine*n Patient*in im Word Aufzeichnungen zu machen, die dann gesondert von der allgemeinzugänglichen Dokumentation, aber ebenfalls datenschutzrechtlich, gesichert werden. Die seltene Nutzung dieser Möglichkeit gründet darauf, dass die Dokumentierenden transparent vorgehen wollen und diese Transparenz auch als Beitrag zur Vertrauensbasis im Team des PVZ verstehen. (vgl. IT16 Z248-254; IT15 Z480-487, Z719-720).

5.1.2 Gegenseitige Konsultation der Dokumentation und Vernetzung

Entsprechend der Ausgangsannahme dieser Forschung zeigt sich die Bereitschaft zur gegenseitigen Konsultation der Dokumentation und generell der Zusammenarbeit im Team des PVZ als sehr hoch. Die Qualität dahingehend steigt dabei mit der Anzahl/ Frequenz der persönlichen Kontaktmöglichkeiten (vgl. IT5 Z35-47, 340-356; IT15 Z383-387). Hinsichtlich dieser Kontaktmöglichkeiten werden Teambesprechungen, kurzfristig angesetzte Besprechungen mit Teamkolleg*innen, der spontane Austausch beim Essen/ am Gang oder etwa spontanes Nachfragen per Telefon/ Email/ in persona genannt (vgl. IT5 Z346-356; IT16 Z263-270; EP1 Z137-141; IT15 Z65-68, Z393-400; IT14 Z754-763; IT11 Z132-140; IT9 Z232-244). Kurzfristig angesetzte Besprechungen werden dabei mitunter im Dokumentationssystem festgehalten. „[A]lso manchmal schreibst du einen Termin ein, ich möchte mit dir über sowieso reden, das finde ich extrem gut.“ (IT15 Z399-400: Aussage von Ärzt*in zu Sozialarbeiter*in im Gespräch)

Über alle Berufsgruppen im PVZ hinweg ist ersichtlich, dass sie zu Beginn aber auch im Laufe der eigenen Beteiligung an einem Fall die Dokumentationen der jeweils anderen lesen und gegebenenfalls darauf anschließend bei der dokumentierenden Person nachfragen (vgl. IT16 Z382-408; IT5 Z94-102). Dieser Umstand begründet sich dabei vorrangig durch den Benefit der gemeinsamen Dokumentation in Zusammenhang mit der Teamarbeit, welche später noch ausführlicher beschrieben werden (vgl. Kapitel 5.2.4 und 5.3). Davon abgesehen tragen aber auch die einfachen Kommunikationswege und unkomplizierten persönlichen Kommunikationsstrukturen im PVZ wesentlich dazu bei, die Möglichkeiten der gegenseitigen Konsultation zu nutzen.

„[...] oiso, wir begegnen uns jo do fost täglich. Ma sitzt jo oft a zu Mittag zusammen jo und es kaun sein, dass ma über irgendwen spricht, jo ä zufällig oder, dass ma sie wos ausmocht, dass ma irgendwos besprechn muass oder so im nochhinein so ad hoc Meetings [...]“ (IT5 Z347-349)

„[Die Ärzt*innen sind gewohnt], dass ich schnell reagiere. Das geht so weit, dass wir sozusagen mündlich vereinbaren, dass die Ärzte mit oder ohne den Patienten in mein Büro kommen, auch wenn gerade eine Beratung läuft. [...] Das ist ganz wichtig, dass es so eine Initiation gibt. Wenn der Arzt bloß sagen würde >Na ja, da drüben ist Sozialarbeiter [...] Wenns möchten dann fragens den amal< dann wär das natürlich suboptimal [...]“ (IT16 Z146-152)

Dieser Punkt wird auch als Vorteil der PVZ gegenüber einem PVN wahrgenommen. In diesem PVN ist die Einsicht in die Dokumentation der jeweils anderen Berufsgruppen nicht möglich. Die darin enthaltenen Informationen sind aber in manchen Fällen hilfreich und teils nötig für die eigene Bearbeitung/ Hilfeleistung. Wenngleich diese Informationen telefonisch, per Mail oder direkt persönlich von den Kolleg*innen erfragt werden können, gestaltet sich dies - bedingt durch begrenzte zeitliche Ressourcen und unterschiedliche Arbeitszeiten - als umständlich und mühsam (vgl. EP2 Z98-105; IT15 Z270-284).

Laut Angaben der befragten Sozialarbeiter*innen sehen sie neben der Dokumentation der Allgemeinmediziner*innen v.a. jene der Psychotherapeut*innen und Psycholog*innen und der Case und Care Manager*innen als besonders wertvoll, um sich in ihrem eigenen sozialen und psychischen Tätigkeitsbereich einen Überblick darüber verschaffen zu können, was andere Gesundheitsberufe in diesem Bereich im Fall eines*r bestimmten Patient*in an Hilfe leisten. In Folge können die Sozialarbeiter*innen durch diese Information dann besser an die bereits geleistete Hilfe mit ihren eigenen Methoden und Einschätzungen anknüpfen (vgl. IT16 Z67-76).

Die Case and Care Manager*innen schätzen die sozialarbeiterische Dokumentation - neben der ärztlichen - als besonders wertvoll ein. Grund dafür ist die häufige Überschneidung auf Fallebene, d.h. Patient*innen der Sozialarbeiter*innen sind häufig auch Patient*innen der Case and Care Manager*innen und umgekehrt (vgl. EP1 Z67-73; EP2 Z109-116). Der gegenseitige Benefit in der Bearbeitung der Fälle verstärkt dabei stetig die Zusammenarbeit.

„Ich verwende keine spezifischen sozialarbeiterischen Einschätzungstools – meist reicht das Gespräch zu Hause um sich ein umfassendes Bild zu machen. Hier ist aber natürlich Empathie und Erfahrung notwendig um auch zwischen den Zeilen lesen zu können. Fallbesprechungen mit Sozialarbeit lassen auch noch an andere Dinge denken, als es mir vorerst erscheint.“ (EP1 Z42-46)

Die Allgemeinmediziner*innen konsultieren generell die Dokumentationen aller beteiligten Professionen überblicksmäßig gleichermaßen, um sich schnell und zu jeder Zeit ein Bild von Behandlungsverläufen ihrer Patient*innen verschaffen zu können. Dies ist mitunter deshalb sehr vorteilhaft, weil die meisten ihrer Patient*innen über lange Zeit aus verschiedensten Gründen immer wieder bei ihnen ankommen. Das Vorwissen über vergangene Behandlungen macht den Ärzt*innen möglich, ihre Patient*innen immer besser kennenzulernen und so weitere Gesundheitsaspekte/ Risiken mitzudenken (vgl. IT5 Z94-103). Über diesen überblicksartigen Vorteil der gemeinsamen Dokumentation hinaus nutzen die Ärzt*innen die Dokumentationen der anderen Berufsgruppen nur, wenn diese zusätzlich mit einer direkten Notiz an sie versehen sind oder sie von der dokumentierenden Person darauf angesprochen werden.

„Das Problem ist, wenn zum Beispiel dir auffällt, der Herr Sowieso hatscht und du schreibst das da rein, wie soll ich das erfahren? Das erfahre ich nicht, du musst mich anrufen oder den eingeben und sagen, ich möchte da kurz was besprechen, wie wir es letztens beim Herrn XXX gemacht haben. Wenn du es nur reinschreibst, das erreicht mich nicht, weil wie soll das zu mir kommen? Naja außer du gibst mir die Kartei und schreibst, bitte lies dir meine Dokumentation durch.“ (IT15 Z417-422)

Diese Tatsache ist den Sozialarbeiter*innen bewusst, weshalb sie medizinische Auffälligkeiten eher nicht dokumentieren. Diese geben sie allerdings persönlich an die Ärzt*innen weiter (vgl. IT15 Z423-434).

5.2 Dokumentation von psychosozialen Belang

Im Folgenden wird beschrieben, von wem welche Informationen gesammelt und dokumentiert werden, die entweder bereits selbst Aufschluss über psychosoziale Belastungen geben oder zu deren Erkennen führen. Zunächst ist dazu mitunter notwendig zu wissen, wie groß das dahingehende Problembewusstsein unter den Patient*innen der PVZ ist.

5.2.1 Erkennen psychosozialer Belastungen durch Allgemeinmediziner*innen

Im PVZ ist es größtenteils übliche Praxis, dass die Patient*innen über Ordinationsassistent*innen zuerst einen Termin bei den Allgemeinmediziner*innen vereinbaren. Somit werden die ersten Äußerungen oder Hinweise psychosozialen Ursprungs hauptsächlich von den Ärzt*innen wahrgenommen. Aus deren Sicht ist das Problembewusstsein der Patient*innen unterschiedlich stark ausgeprägt. So gibt es gleichermaßen Patient*innen, die bereits von sich aus psychosoziale Probleme ansprechen und solche, die aus anderen, medizinischen Gründen die Ärzt*innen aufsuchen und bei denen sich im Laufe der Behandlung auch psychosoziale Themen herauskristallisieren. Dabei haben vorrangig jene Patient*innen ein höheres Bewusstsein für ihre psychosozialen Belastungen, die bereits über mehrere Jahre den*die Arzt*Ärztin konsultieren. Dieses Bewusstsein ist insgesamt durch die Covid19-bedingte Situation im letzten Jahr gestiegen (vgl. IT5 Z4-21; IT15 Z172-191, Z333-344).

Die Bereitschaft seitens der Patient*innen zum einen in der Arztpraxis früher oder von sich aus über psychosoziale Belange zu sprechen und zum anderen psychosoziale Angebote

anzunehmen, die der*die Arzt*Ärztin macht, geht mit dem Grad des Vertrauens zu diesem*r einher. Der*Die Arzt*Ärztin behandelt Patient*innen oft über Jahrzehnte, teilweise sind es ganze Familien über Generationen, die zu ihm*ihr kommen. Deshalb wird der Erstkontakt mit dem*r Arzt*Ärztin auch als sinnvoll erachtet, da er*sie in der Regel die Person im PVZ ist, zu der der*die Patient*in das stärkste Vertrauensverhältnis aufgebaut hat (vgl. IT5 Z185-197, Z240-254; IT14 Z104-109; IT15 Z182-187). Bezüglich der Bereitschaft, psychosoziales Angebot anzunehmen, ist zusätzlich ausschlaggebend, dass dieses sich im selben Team des*der Vertrauensarztes*ärztin befindet. Denn so vertrauen die Patient*innen eher auf die Qualität des Angebots, wenn es von ihrem*r Arzt*Ärztin gemacht wird. Diese erachten die gemeinsame Dokumentation und den damit einhergehenden Informationsaustausch unter den Berufsgruppen aber auch zusätzlich als natürlich und gut. Die Hemmschwelle, über sehr persönliche, psychosoziale Belange mit einem*r unbekannten Sozialarbeiter*in zu sprechen, ist dadurch herabgesetzt (vgl. IT15 Z204-215, Z349-351, Z503-506; IT5 Z185-197).

Oiso i glaubs scho, dass an Unterschied mocht, wie uns de Patienten ois Sozialarbeiter einschätzen. Waun du zum Beispü bei oam Arzt herst, ma wast eh do haum ma Sozialarbeiter, die mochn des voi super und de kinan se des auschaun ois nur wie wauns sogn jo schau hoid duat amoi hin und schau ob's irgendwos bringt so in de Richtung. I glaub scho, dass des [...] grad do bei uns is für die älteren Menschen, die hoidn einfoch nu sehr vü auf die Hausärzte und vertrauen hoid, ois wos der sogt stimmt und i glaub, waun der positiv über uns redt dass des scho wos bei de Patienten ausmocht.“ (IT14 Z447-453)

Den Allgemeinmediziner*innen ist es zudem durch das überblicksmäßige Heranziehen der eigenen Dokumentationen über Patient*innen und jener der anderen Berufsgruppen im PVZ möglich, Auffälligkeiten im Leben der Patient*innen zu erkennen. Die Dokumentationen reichen dabei oft über Jahre zurück, was das Erkennen von psychosozialen Problemen wesentlich erleichtert. Dieser Umstand wird dabei durch die Möglichkeit, sich mit beteiligten Kolleg*innen mehr oder weniger formell auszutauschen, gestützt (vgl. IT5 Z94-103, Z 360-368). „Von besonderer Bedeutung bleiben die persönlichen Kontakte vor allem das Besprechen ah des Fallverlaufs [...]“ (IT16 Z55-56)

5.2.2 Erkennen psychosozialer Belastungen durch andere Berufsgruppen

Abgesehen von den Allgemeinmediziner*innen (und Sozialarbeiter*innen) nehmen im Team des PVZ vor allem Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen und Case und Care Manager*innen psychosoziale Belastungen der Klient*innen wahr.

5.2.2.1 Das Psychosoziale Team

Zusammen mit den Psycholog*innen und Psychotherapeut*innen bilden Sozialarbeiter*innen im PVZ somit ein *Psychosoziales Team*, in welchem die Überschneidungspunkte offensichtlich und somit die enge Zusammenarbeit und Dokumentationsweise verständlich sind. Die Möglichkeit, gegenseitig Einsicht in die Dokumentation der anderen Kolleg*innen dieses Sub-Teams zu nehmen ist besonders wichtig, um einen raschen Überblick über deren Interventionen und nächste Schritte zu bekommen und selbst als Sozialarbeiter*in, Psycholog*in oder Psychotherapeut*in Anknüpfungspunkte zu finden. Eine einheitliche Dokumentationsweise, die im PVZ gewährleistet ist, ist deshalb unumgänglich. Dies gilt vor

allem dann, wenn ein*e Klient*in sich in einer Krise befindet und engmaschig begleitet werden muss, was durch die Dokumentation auch dann möglich ist, wenn sich das *Psychosoziale Team* nicht persönlich austauschen kann. Auch eine frühzeitige Erkennung psychosozialer Belastungen ist durch den engen Austausch anhand oder zumindest begleitet von der gemeinsamen Dokumentation möglich (vgl. IT16 Z67-76; IT14 Z255-256). Innerhalb dieses Teams zeigt sich, dass psychosoziale Probleme vor allem als psychische Folge sozialer Probleme erwachsen. „Ah üblicherweise sinds die psychischen Folgen sozialer Probleme, inhaltlich beispielsweise Paketzustellerin, muss in den Langzeitkrankenstand, erhält kein Krankengeld und kriegt deswegen akute Stressreaktion und verlangt nach Psychopharmaka [...]“ (IT16 Z301-303)

5.2.2.2 Case und Care Manager*innen

In den Befragungen ist gleichermaßen ersichtlich, dass Case und Care Manager*innen häufig mit Sozialarbeiter*innen zusammenarbeiten und wesentlich am Erkennen psychosozialer Belange mitbeteiligt sind. In einer dieser Befragung zeigt sich, dass der*die Case und Care Manager*in abgesehen von den etablierten Dokumentationsmöglichkeiten für das Team zusätzlich einen Anamnesebogen verwendet, der gemeinsam mit dem*r Sozialarbeiter*in entwickelt wurde und pflege- und sozialarbeiterisch-relevante Informationen besser abbildet. Auch psychosoziale Belange werden dadurch mitunter besser erkannt. Dieser Anamnesebogen wird anschließend ebenfalls für alle im Team öffentlich gemacht. Stellt der*die Case und Care Manager*in während eines Hausbesuches sozialarbeiterische Themen fest, dokumentiert er*sie diese und kontaktiert den*die Sozialarbeiter*in zur gemeinsamen Bearbeitung. Grundlegend für eine effektive Bearbeitung von psychosozialen Problemen ist auch hier wieder die enge Zusammenarbeit initiiert durch den persönlichen Austausch, der wiederum durch die Dokumentation unterstützt wird. Durch die enge Zusammenarbeit der beiden hier beteiligten Berufsgruppen ist es für sie eine Selbstverständlichkeit die Augenmerke der jeweils anderen mitzudenken, was für das Erkennen psychosozialer Belastungen sehr wichtig ist, gerade weil es in der Patient*innengruppe der Case und Care Manager*innen wenig Problembewusstsein diesbezüglich zu geben scheint (vgl. EP1 Z8-27, Z156-181).

„Meine Hauptpatientengruppe ist über 80 Jahre alt [...] Zur Zeit finden keine Besuchsdienste, Seniorencafés oder ähnliches statt, was zu einer weiteren Vereinsamung führt. Die PatientInnen nehmen dadurch Schmerzen deutlich stärker wahr und der Gesundheitszustand verschlechtert sich. Ich denke nicht, dass den PatientInnen soweit bewusst ist, dass die eigene Psyche auch Auswirkungen auf deren Gesundheitszustand hat.“ (EP1 Z20-27)

Die Bedeutung einer vergleichbaren Dokumentationsmappe des Case und Care Management wird auch von einem*r Arzt*Ärztin im Interview erwähnt. In dieser werden ebenfalls Anbindungen von pflegerelevanten Personen dokumentiert, „[sodass] ma des a bissl im im Auge hot wer sozusogn ghört für uns sozusogn hiazt in den Kreis den ma im Raumen von an case and care management [...] betreun jo.“ (IT5 Z379-380) Es ist dabei anzunehmen, dass dieses *im Auge behalten* dahingehend mitunter bedeutsam ist, als dass bei einem Ausfall einer relevanten Person schnell reagiert und dadurch nachfolgenden psychischen und/oder sozialen Problemen entgegengewirkt werden kann. Diese Annahme begründet sich unter anderem durch den Beitrag eines*r Case und Care Managers*in aus einem PVN: „Schätze eine multiprofessionelle Dokumentation als sehr wichtig ein sie ist ein wichtiges Instrument, um den

Patienten ganzheitlicher betrachten zu können und auch psychosoziale Probleme können aus meiner Sicht schneller ersichtlicher werden.“ (EP2 Z136-139)

5.2.3 Inhaltliche Schwerpunkte der Dokumentation der Sozialen Arbeit

Auch wenn diese Arbeit sich grundsätzlich mit Fragen rund um die Dokumentation anderer Professionen im PVZ beschäftigt, zeigt sich in den Befragungen, dass jene der Sozialen Arbeit großen Einfluss auf das Erkennen psychosozialer Probleme auch außerhalb des sozialarbeiterischen Tätigkeitsfeldes hat. Auf die Frage, was sie als Wichtigstes zu dokumentieren erachten, antworteten zwei Sozialarbeiter*innen zwar sehr unterschiedlich, wenn nicht gegensätzlich, die Antworten geben aber Aufschluss über eine geteilte Grundansicht: die Notwendigkeit und Fähigkeit, durch sozialarbeiterische Dokumentation Aufschluss über das Handeln und Wirken der Sozialen Arbeit zu geben. Denn ein verstärktes Bewusstsein über sozialarbeiterische Handlungsfelder und -kompetenzen unter Nicht-Sozialarbeiter*innen im PVZ trägt zu einer ganzheitlicheren, gesundheitsorientierteren Sicht im interdisziplinären Team und somit gleichzeitig zum Mitdenken/ Erkennen von sozialarbeiterisch bearbeitbaren Themen, wie z.B. psychosozialen.

■ Die eine sozialarbeiterische Stimme sagt, dass das Wichtigste in der Dokumentation das sei, was gemacht wird und wie. Zum einen bekommen die anderen im Team dadurch einen Überblick darüber, wie die Fallbearbeitung steht (vgl. IT16 Z24-25), zum anderen können so Erfolge aufgewiesen und andere von der Leistung der Sozialen Arbeit überzeugt werden, was schlussendlich zu häufigeren Verweisungen an die Soziale Arbeit führt.

„Mir ist wichtig, über die Dokumentation zu zeigen, was Aktivität gemacht wird, also auch die Methode offenzulegen. Ah, und da kann es schon zu Rückfragen, eben wenn wenn die Methode nicht bekannt ist, es arbeiten ja nicht nur sozial geschulte Gesundheitsberufe zusammen, aber das ist mir wichtig, also ich sage was ich gemacht habe und ich sage sozusagen auch das Ergebnis oder den jeweiligen Stand [...]“ (IT16 Z80-84)

„[...] es geht scho a bissl um darum effektiv zu arbeiten und Erfolge zu zeigen. Dass man das dann auch noch leicht dokumentieren kann, ist ein angenehmer Nebeneffekt. [...] aber man muss s auch erstens erreichen und zweitens mit dem Selbstvertraun reinschreiben, dass das erreicht worden is. [...] also ich hab no nie irgendwie groß drüber gredet, was Soziale Arbeit alles sein könnte und Aufklärung im Team gemacht, sondern einfach gschaut, dass solche Erfolge da sind und damit ist es dann aber auch klar, was Soziale Arbeit leisten kann und man muss ned mehr irgendwie indirekt kommunizieren, sozusagen, ich bin für dieses und jenes oder habt ihr schon mal drüber nachgedacht und könnte es dann nicht mal sein, dass man eine Zuweisung riskiert.“ (IT16 Z349-358)

Durch diese selbstbewusste Kommunikation von Erfolgen durch die sozialarbeiterische Dokumentation können dann in Folge Standards der Miteinbeziehung der Sozialen Arbeit in bestimmten Bereichen gesetzt werden. So konnte in einem PVZ beispielsweise durchgesetzt werden, bei allen Patient*innen über 85 Jahren die Soziale Arbeit mitheranzuziehen. Ein weiterer Standard der begleitenden sozialarbeiterischen Konsultation soll bei indizierter Sucht festgelegt werden (vgl. IT16 Z192-209).

■ Der Meinung des*r zweiten Sozialarbeiter*in zufolge sind es neben den erarbeiteten Fakten vor allem die persönlichen Beschreibungen der Klient*innen über deren Befinden, die bedeutsam in seiner*ihrer Dokumentation sind.

„Das eine ist sozusagen Faktenwissen festzuhalten, ein schon erarbeitetes Faktenwissen und das zweite ist O-Töne festzuhalten. Das heißt, Originalzitate von Klienten, wie sie heute ihre Situation einschätzen, ihr Befinden einschätzen, welchen Blick sie auf sich und ihre Problemlagen haben. Und ich merke, das ist das, was ich mir am meisten mitschreibe, Originaltöne, wie sagt jemand, dass er nicht schlafen kann? Mit welchen Worten sagt er das? Und das schreibe ich mir auf. Und das kann ich dann vergleichen.“ (IT15 Z152-158)

Die oben genannten Aufzeichnungen über Interventionsmethoden seien für ihn*sie obsolet, da er*sie sich nun nicht mehr bemüht fühle, seine*ihre Arbeit im Team zu rechtfertigen. Sein*ihr Angebot würde nun gern von den Klient*innen angenommen und auch vom Team an ihre Patient*innen weitertransportiert. Dies sei aber anfangs, als die Kolleg*innen des PVZ noch weniger über die Soziale Arbeit Bescheid wussten, anders gewesen (vgl. IT15 Z163-168, Z827-831). Hier zeigt sich also mitunter das selbe Bild über die Wirkung der sozialarbeiterischen Dokumentation im Team eines PVZ wie im obigen Fall. Dass diese Wirkung vorrangig zu Beginn der Zusammenarbeit im PVZ von Bedeutung ist, bringt auch folgende Aussage von erst genanntem*r Sozialarbeiter*in nahe. „[...] ich habs zum Beispiel jetzt mit Ärzten zu tun, die haben ned drum gerauft Sozialarbeiter zu bekommen [...] das wäre jetzt anders. Die gleichen Ärzte jetzt befragen, sagen sie machen sowas ned ohne Sozialarbeiter [...] das hat sich erst bewehrt [...]“ (IT16 Z232-237)

Die hier ersichtlichen, scheinbar unterschiedlichen Auffassungen der Sozialarbeiter*innen über Aufgaben der Dokumentation gehen meines Erachtens mit der grundsätzlichen Ambivalenz der Dokumentation der Sozialen Arbeit einher. So ist sie einerseits „[...] Selbstkontrolle und [...] Legitimation nach innen und aussen [...] [, die] eine strukturierte und systematisch durchgeführte Aktenführung und Dokumentation [erfordert].“ (Brack/ Geiser 2009: 27), Sie ist in diesem Sinn „Erfordernis eines zeitgemässen betriebswirtschaftlichen Managements [...] [und] Ausdruck einer Berufsidentität.“ (ebd.: 27) Andererseits ist die geforderte Systematisierung „nach einem sachlogischen Verlauf, d.h. auch zielgesteuert“ (ebd.: 28) in der Sozialen Arbeit schwer, wenn nicht sogar unmöglich, unterstützt diese doch nicht-triviale Systeme – also Menschen – die ihre Ziele selbst definieren, abändern und evaluieren. Ergebnisse können aus diesem Grund kaum miteinander verglichen und quantifiziert, Qualitätsstandards nicht auf Grundlage von objektiven Bemessungen festlegen werden (vgl. Schmid 2007: 44-50).

5.2.4 Gemeinsamkeiten in der Dokumentationsweise

Zusammenfassend lässt sich erkennen, dass die befragten Professionist*innen eine kurze Dokumentationsweise, gepaart mit der Möglichkeit, ausführlichere Informationen jederzeit einsehen zu können, schätzen und als ausreichend empfinden (vgl. IT15 Z72-84; IT16 Z13-42). Die Gründe für die gewollte Kürze reichen von beschränkten zeitlichen Ressourcen bzw. dem Anspruch, diese lieber für die Arbeit mit Klient*innen oder den Austausch im Team zu nutzen über den Anspruch, die Übersichtlichkeit nicht zu gefährden bis hin zu Bedenken, der

Dokumentation könne zu viel Bedeutung beigemessen werden, was schließlich zu Nachteilen für die Patient*innen oder die Professionist*innen führen könnte (vgl. Kapitel 5.1.1; Kapitel 5.3).

Hinsichtlich der Übersichtlichkeit erachten die Befragten eine Dokumentationsweise, die auf verschiedenen Ebenen geführt wird, als optimale Voraussetzungen für die Zusammenarbeit im Team. So ist zum einen die Möglichkeit geboten, auf der ersten Ebene kurz und prägnant zu dokumentieren und die Kolleg*innen, die die Dokumentation lesen, nicht zu überfordern, sondern ihre Bereitschaft, diese zu nutzen, zu erhalten.

„Ja, letztens hat es in einer und da war sie aber wirklich schon sehr genervt, das war die XXX, die gesagt hat, die Kartei wird schon so unübersichtlich. Die waren sozusagen gewohnt, wie noch weniger Berufsgruppen eingetragen haben, schneller da sozusagen da das Essenzielle für sich herauszuziehen. Und da geht jetzt natürlich Überblick verloren [...]“ (IT15 Z723-727)

Zum anderen sind durch diese Dokumentationsweise detailliertere Informationen jederzeit auf dahinterliegenden Ebenen einsehbar. Die ausführlicheren Dokumentationen gehen dabei mit einigen wesentlichen Vorteilen einher. So machen sie v.a. eine unkomplizierte Informationsbeschaffung möglich (vgl. Kapitel 5.1.1), sie verschaffen anderen beteiligten Professionist*innen Informationsvorsprung in ihrer eigenen Klient*innen-Arbeit und sie tragen zu transparenter Teamarbeit und dadurch zu einer besseren Vertrauensbasis untereinander bei (vgl. Kapitel 5.3).

5.3 Die Rolle der sozialarbeitsexternen Dokumentation im Erkennen von psychosozialen Interventionsbedarf

Die Rolle, die die sozialarbeitsexterne und interdisziplinäre Dokumentation im Erkennen von psychosozialen Problemen spielt, lässt sich in vielerlei Hinsicht zwar als bedeutend, aber gleichzeitig als indirekt oder sogar sekundär beschreiben. „Also wenn man meint damit, dass [durch die Doku] die anderen leichter solche Probleme erkennen, denk ich mir nein, die erkennen eh. Also an der Dokumentation liegt's ned.“ (IT16 Z224-225) „Es funktioniert sehr viel über mündliche Kommunikation, die aber immer dokumentiert wird.“ (IT9 Z84-85) Sie ist folglich ein Bestandteil, oder teilweise Ausgangspunkt, für die Zusammenarbeit im PVZ, die wie ein Kreislauf gesehen werden kann: Dokumentation → Austausch über einen Fall → Zusammenarbeit → Erkennen des Mehrwerts in der Zusammenarbeit → Vertrauen → Dokumentation → usw.

„Ääh, [die multiprofessionelle Dokumentation] ist unheimlich wichtig das Thema. Ah, eine professionelle Behandlung und Betreuung für den Patienten läuft nur durch Kommunikation. Das ist das allerwichtigste, dass jeder die gleiche Information hat, dass Gefühlszustände aber auch Diagnosen wahrgenommen werden können und miteinander reden miteinander einfach Informationen weitergeben ist das A und O und das allerwichtigste.“ (IT9 Z33-37)

Von der Dokumentation gehen also Gesprächs- und Vernetzungsanlässe mit Kolleg*innen anderer Berufsgruppen aus, wobei die persönliche Interaktion in Folge als unumstritten zentraler Faktor im Erkennen von psychosozialen (oder auch anderen) Problemen von allen Befragten hervorgehoben wurde (vgl. IT16 Z50-60; IT15 Z396-400; IT5 Z255-260). Dass in

einem PVZ interdisziplinär dokumentiert wird, ist aber bedeutend, denn die Dokumentation erfolgt von allen Beteiligten im gemeinsamen System und hat viele gemeinsame Aspekte. Sie ist deshalb nicht nur allen zugänglich, sondern auch allen verständlich (vgl. IT11 Z109-114; IT9 Z59-64). Kurze Stichworte reichen dabei in der Regel aus, wenn sie mehrdimensional sind, d.h. wenn sie neben der biologischen auch soziale und psychische Dimensionen mitbeschreiben. Ausführliche Dokumentationen werden mit dem Grad der Vertrautheit, dem regelmäßigen Austausch in Teambesprechungen und der Möglichkeit, jederzeit bei den Kolleg*innen nachfragen zu können, obsolet (vgl. IT15 Z580-604; IT5 Z397-404; IT14 Z207-212). „[...] und fois irgendwer Fragen hod don schreibt ma se eh zom oda bespricht ma des einfach.“ (IT14 Z224-225) In dieser Hinsicht wird der Mehrwert der Zusammenarbeit im PVZ gegenüber Ärztezentren oder auch dem PVN deutlich, denn hier ist gleichermaßen geplanter, niederschwelliger, spontaner und informeller Austausch möglich, welcher nicht nur die Zusammenarbeit erleichtert, sondern schlussendlich auch alle anderen Faktoren im Kreislauf begünstigt (vgl. Kapitel 5.1.2).

„Oba es is bei uns oiso von da Teamarbeit ah von den Ärzten extrem guad oiso i kon mi jederzeit bei erna melden i kon erna schreiben dass i kurz wos brauchad über unsa interne Kommunikationsplattform und genau don schreims ma wenss grad neamt drinnen hom und das i schnö umma kema kon und des geht eigentlich sehr unkompliziert.“ (IT14 Z34-37)

Auffällig in den Anmerkungen der Befragten ist, dass sie ihrer Dokumentation in ihren anfänglichen Zeiten im PVZ eine andere Bedeutung zuschreiben als der aktuellen, was sich auch in ihrer veränderten Form zeigt. So war die anfängliche Dokumentation noch ausführlicher und noch stärker nach außen gerichtet, d.h. sie war eher auch darauf bedacht, den Kolleg*innen anderer Berufsgruppen zu vermitteln, was die eigene Profession leistet. Dagegen dient die spätere Dokumentation zunehmend zu eigenen Zwecken und ist deshalb auch verkürzt. „Also ich dokumentiere [...] eine Veränderung ist, dass ich weniger dokumentiere und das andere ist, dass ich mehr für mich und weniger für die anderen dokumentiere.“ (IT15 Z682-684) Die Vermutung liegt hier nahe, dass durch die anfängliche Dokumentation Leistungen der unterschiedlichen Professionen in Gesprächen (wie z.B. in Fallbesprechungen) ersichtlich wurden, was zu engerem Austausch, vermehrter Zusammenarbeit und schließlich zum persönlichen Kennenlernen der Akteur*innen führte. Anders ausgedrückt, die anfängliche Dokumentation diente als Anlass zur Teamarbeit und damit wiederum als Basis für ein gutes Teamgefüge. „Mei Erfahrung mit diesen Primärversorgungszentren insgesamt ist, dass das zentrale Thema ist, wie [...] verhalten sie da einzelne im Sinne, ob des kooperiert und welche Rahmenbedingungen gibt es dafür. Also ich find, das sind sehr wichtige Fragen.“ (IT16 Z319-322) Ein besseres Teamgefüge wiederum führt zu einem ganzheitlicheren Blick auf die Gesundheit unter allen Beteiligten, weil sie die Augenmerke anderer Professionen in ihrer Patient*innenarbeit mitdenken (vgl. IT5 Z255-260). Dieser Aspekt zeigt sich auch in folgendem kurzen Gesprächsausschnitt zwischen einem*r Azt*Ärztin (A) und einem*r Sozialarbeiter*in (S) (IT15 Z634-645):

S: Das heißt aber auch, dass du hast schon einen sehr ganzheitlichen Blick von dir aus schon mal, weißt du? Das meine ich. Das fällt dir schon gar nicht mehr auf.

A: Nein.

S: Dass sozusagen, dass das Umfeld der Menschen eine Rolle spielt, dass ihre soziale Dimension eine wesentliche Rolle spielt in ihrem, auch in ihrem medizinischen Geschehen.

- A: Ja, das kann ich, ICH persönlich kann das nicht trennen, weil wie soll der gesund werden, wenn ihm keiner, wie soll der nach einer OP heilen, wenn ihm keiner einkauft oder die praktischen Dinge abnimmt, das gehört für mich zusammen.
 S: Genau. Das hat auch nicht jeder, (?)
 A: Wahrscheinlich, ja für mich ist es halt normal.
 S: Ja, das ist doch nicht selbstverständlich.

Für ein gutes Teamgefüge ist naturgemäß eine solide Vertrauensbasis nötig, die mit erhöhter Frequenz an persönlichen Treffen (vgl. Kapitel 5.1.2) aber auch mit der Tatsache, dass im PVZ die Dokumentationen der einzelnen Professionist*innen transparent für alle einsehbar sind, möglich wird. Die Transparenz der Dokumentation wird dabei sehr geschätzt, selbst wenn detailliertere Informationen nicht oder wenig gelesen werden.

„[...] und ich merke auch, dass mir das Vertrauen, dass ich diese Informationen haben könnte, dass man das nicht vor mir versperrt, sehr wichtig ist. Dass ich mir denke, okay ich möchte gern, ich möchte nicht fragen müssen, ob ich in die medizinischen Unterlagen meiner Patienten reinschaue.“ (IT15 Z132-135)

Weiters ist die sozialarbeitsexterne Dokumentation von Bedeutung für das Erkennen psychosozialer Probleme, als dass durch sie ersichtlich wird, dass es sich in besagten Fällen nicht um medizinische Belange handelt. Psychosoziale Fälle gelangen somit mitunter rasch zur Sozialen Arbeit, was ein*e Sozialarbeiter*in wie folgt beschreibt:

„Des is scho i find einfoch generell wenns. wenns um irgendwos geht wos ned medizinisch is oda ah i sog amoi fia de Physiotherapeuten oda hoid wirklich medizinisch nix feststellbar is don wird's relativ schnö amoi entweder an mi oda an de Psychotherapeutin übergeben.“ (IT14 Z150-152)

Ein weiterer bedeutender Punkt in der durch die interdisziplinäre Dokumentation initiierten Teamarbeit ist das Erkennen von Anknüpfungspunkten unterschiedlicher Professionen. So kann aus verschiedenen Richtungen rasch reagiert werden, was den Klient*innen eine rasche erste Entlastung bringt. Diese führt wiederum häufig zu erster Stabilisierung und gleichzeitig einer erhöhten Bereitschaft, sich den Helfenden weiter zu öffnen und weitere Hilfe in Anspruch zu nehmen, v.a. weil sich Vertrauen in das Hilffssystem bildet. So werden durch nicht-sozialarbeiterische Dokumentation auf Umwegen u.a. psychosoziale Belastungen sichtbar (vgl. IT5 Z240-251; Parnitzke 2016: 1-31).

Abschließend soll noch die Rolle der Dokumentation einzelner Professionist*innen bezüglich deren Evaluation von Maßnahmen erwähnt sein. Im Team des PVZ kann durch die Dokumentation laufend gemeinsam evaluiert werden, wie fruchtend einzelne Maßnahmen verschiedener behandelnder Personen sind und wie weiter vorgegangen werden kann. Dadurch werden unterschiedliche Ansätze stetig reflektiert, was letztlich zu einer ständigen Weitung des eigenen Blicks in Richtung Ganzheitlichkeit – und somit auch zu einem wachsenden Bewusstsein für psychosoziale Probleme und damit einhergehenden sozialarbeiterischen Möglichkeiten – führt (vgl. IT5 Z369-411; IT16 Z307-316).

„Wenn sich jemand supa mit Psychopharmaka auskennt wird er eher psychische Probleme mit Psychopharmaka behandelt net mit der Hilfe des Sozialarbeiter und der Psychologin anfangen

und da gibt es eben Lernerfahrungen die man gemeinsam macht und reflektiert dann in der Fallbesprechung.“ (IT16 Z313-316)

5.4 Veränderungs- und Erweiterungswünsche hinsichtlich der Dokumentation

Zusammenfassend sind die Professionist*innen in PVZ zufrieden hinsichtlich der interdisziplinären Dokumentationsmöglichkeiten allgemein und in Hinsicht auf das Erkennen psychosozialer Interventionsbedarfe. Deshalb sollen hier die genannten Aspekte, die als wertvoll und hilfreich empfunden werden, kurz zusammengefasst und gegebenenfalls erweitert werden, um künftig neuen PVZ Anhaltspunkt sein zu können:

- Eine zeitlich kurze und knappe Dokumentation ist ausreichend. Sie dient v.a. der eigenen Überblicksschaffung über interdisziplinäre Behandlungsverläufe der Klient*innen und als Ausgangspunkt für den Austausch mit Kolleg*innen. Sie ermöglicht dabei gleichzeitig persönliche Spielräume und Übersichtlichkeit (vgl. v.a. Kapitel 5.2.4). In Bezug auf die Übersichtlichkeit wäre u.U. eine zusätzliche Filterfunktion, die einzelnen Professionen nützliche Informationen schnell herausfiltern würde, nützlich (vgl. IT15 Z750-759).
- Die Möglichkeit, in die Dokumentation der anderen Professionist*innen Einblick zu haben, wird darüber hinaus vor dem Hintergrund des gegenseitigen Vertrauens, das für das Entstehen eines guten Teamgefüges nötig ist, sehr geschätzt (vgl. v.a. Kapitel 5.2.4).
- Sollten zusätzliche zeitliche Ressourcen anfallen, sollten diese v.a. für die Vernetzungen im Team verwendet werden. Denn die Dokumentation kann nur unterstützend hilfreich im Erkennen von psychosozialen Belastungen sein (vgl. v.a. Kapitel 5.3).
- Ein Dokumentationssystem, das ausführlichere oder detailliertere Angaben erfordern würde, wäre aus den hier erwähnten Gründen nicht nur hinderlich, sondern unter Umständen sogar nachteilig für die Klient*innen (vgl. Kapitel 5.2.3).
- Zusätzliche Anamnesetools über psychische und/oder soziale Belange sind im Psychosozialen Team und gemeinsam mit Case und Care Manager*innen sinnvoll, außerhalb dieser Professionen aber nicht. Die Expertise hierfür liegt eben in diesen Sub-Teams, die Qualität dieser Tools kann auch nur so gewährleistet werden. Folglich lässt sich mitunter leicht aufzeigen, was Soziale Arbeit leisten kann (vgl. v.a. Kapitel 5.2.4; IT16 Z416-438).

6 Resümee und Ausblick

Wie meine Forschung zeigt, kommt im PVZ der Dokumentation insgesamt besondere Bedeutung zu. Diese Bedeutung zieht sich dabei in der Frage um den Mehrwert sozial-arbeitsexterner Dokumentation in Hinsicht auf das Erkennen psychosozialer Probleme fort. Jedoch würde ich diesen Benefit zusammenfassend eher als sekundär bewerten, da in den Befragungen zwar die Vorteile der gemeinsamen Dokumentation benannt werden, es aber der Teamgeist, die Kommunikation untereinander und das Vertrauen sind, die durchwegs hervorgehoben werden. Als sekundär sehe ich die interdisziplinäre Dokumentation auch deshalb, weil ich in ihr – neben ihrem ursprünglichen Zweck als Informationssicherung in der Betreuung – ein Maß an *Mittel zum Zweck* in zweierlei Hinsicht erkenne. Zum einen ist sie Anlass für den interdisziplinären Austausch über Klient*innen in Fallbesprechungen oder für andere informellere Anlässe zu diesem Zweck. Zum anderen ist sie mitunter Grundlage für Vertrauensbildung und die darauf basierende Möglichkeit, zu einem Team zusammenzuwachsen. Denn schließlich werden sich die Professionist*innen erst auf dieser Basis auf den Austausch im Team einlassen. Dass der gemeinsamen Dokumentation dabei vorrangig zu Beginn des Teambuilding-Prozesses Bedeutung zugeschrieben wird, ist somit verständlich.

Die Betrachtung der Dokumentation im PVZ bringt nur wenige Veränderungswünsche zu Tage. Die Befragten sind zufrieden mit ihren Möglichkeiten, wenn diese in ein gut funktionierendes interdisziplinäres Team eingebettet sind. Sie sehen deshalb insgesamt und somit auch hinsichtlich psychosozialer Problemerkennung keine Notwendigkeit für sehr ausführliche Aufzeichnungen, wohl aber gewisse Einschränkungen und Nachteile, sollten die Dokumentationsrichtlinien zukünftig weitere Parameter fordern. Immer wieder wird die Schärfung eines gesamtheitlichen Blicks im Team des PVZ ersichtlich, durch welchen auch hier mehr Bewusstsein für psychosoziale Belange geschaffen wird.

Die Dokumentation leistet aus den beschriebenen Gründen bereits gute Arbeit, denn sie ist mitverantwortlich für das Erkennen von psychosozialen Belastungen und führt zu einer Betreuung durch die Soziale Arbeit innerhalb des PVZ. Nun sollte laut Aussage eines*r befragten Arztes*Ärztin der nächste Schritt folgen, für dessen Grundlage die Dokumentation von großer Nützlichkeit sein kann: die Legitimierung und Forderung nach differenzierten präventiven Angeboten für die Bevölkerung, ausgehend von den ganzheitlichen Erkenntnissen der Professionist*innen des PVZ. Denn durch die gesammelte Dokumentation psychosozialer Anzeichen im PVZ wird ersichtlich, was es bräuchte, um auch Menschen, die (noch) nicht Patient*innen des PVZ sind, zu erreichen und frühzeitig zu helfen. Solche *Community-Projekte* wurden in der Region des*r zitierten Arztes*Ärztin beispielsweise bereits für pflegende Angehörige, Alkoholranke oder von Einsamkeit betroffene ältere Menschen realisiert, es bräuchte aber noch wesentlich mehr. Dafür fehle aber zur Zeit noch das Geld (vgl. IT5 Z520-549). „[...] do könnt ma nu unterschiedliche Schwerpunkte setzn und voroim hoid mehr sozusogn aufsuchend tätig sein, vielleicht e wos so typische Sozialarbeitertätigkeit [wäre].“ (IT5 Z533-534)

Ausgehend von diesen abschließenden Resultaten meiner Arbeit eröffnen sich weitere Fragen hinsichtlich der Dokumentation in PVZ in Richtung präventiver, gesundheitsfördernder Angebote für die weitere Forschung: Welche vorerst nicht genannten, zusätzlichen Belastungen lassen sich durch Hausbesuche des PVZ-Teams erkennen? Wie können interdisziplinäre Dokumentationen über unterschiedliche Belastungen im PVZ im Sinne einer Sozialraumanalyse gesammelt und aufbereitet werden, um etwaige Projekte finanziert zu bekommen? Wie viele Menschen kann das PVZ-Team durch Community-Projekte zusätzlich erreichen? Aus welchen Gründen docken diese nicht von sich aus ans PVZ an? Und wie gestaltet sich die Sozialraumanalyse durch deren Einbeziehung?

Literatur

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

Brack, Ruth/ Geiser, Kaspar (2009): Aktenführung in der Sozialarbeit. 4. Auflage, Bern/Stuttgart/Wien: Verlag Haupt.

Dunker, Angela/ Wenzel Freya (2006): Die Psychosoziale Beratungsstelle als Schnittstelle zur Psychotherapie. In: Schnoor, Heike (Hrsg.) (2006): Psychosoziale Beratung in der Sozial- und Rehabilitationspädagogik, 57-65. Stuttgart: Kohlhammer.

Falter-Radio (2020): Der Podcast mit Raimund Löw. Psyche und Stigma. Raimund Löw, vom 3.10.2020.

FH St. Pölten (o.A.): Living Document. Grundlage für Auswahl, Steuerung und Dokumentation von Bachelorprojekten. Dokumentation und Bewertung sozialarbeiterischer Betreuungsprozesse in der Primärversorgung - Mitgestaltung der Profession durch anschauliche Umsetzung (SA@PV). https://ecampus.fhstp.ac.at/pluginfile.php/712151/mod_resource/content/1/Living%20Document%201.10.2020.pdf [Zugriff: 18.12.2020]

FH St. Pölten (2018): Sozialarbeiterische Konzepte im Gesundheitswesen. Projektbeschreibung Bachelorprojekt 2018/19. <https://www.fhstp.ac.at/de/studium-weiterbildung/soziales/soziale-arbeit-bachelor/projekte1/professionelle-aufsuchende-soziale-arbeit> [Zugriff: 17.12.2020]

FH St. Pölten (2019): Einbindung der Sozialen Arbeit im integrativen Versorgungskonzept der Primärversorgung. Projektbeschreibung Bachelorprojekt 2019/20. <https://www.fhstp.ac.at/de/studium-weiterbildung/soziales/soziale-arbeit-bachelor/projekte1/einbindung-der-sozialen-arbeit-im-integrativen-versorgungskonzept-der-primarversorgung> [Zugriff: 17.12.2020]

Fischer, Timo / Schauppenlehner, Matthias (2018): Die Stärkung der Primärversorgung in Österreich – ein erster Zwischenstand. In: Soziale Sicherheit, 1/2018, 22-32. <https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.714441&version=1518433009> [Zugriff: 9.2.2021]

Flick, Uwe (2009): Sozialforschung. Methoden und Anwendungen. Ein Überblick für die BA-Studiengänge. Reinbek: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

Geißler-Piltz, Brigitte/ Mühlum, Albert/ Pauls, Helmut (2005): Klinische Sozialarbeit. München: Ernst Reinhardt Verlag

- Heckenthaler, Walter (2017): ICPC-2 – die Klassifizierung für die Primärversorgung. Ein Spiegel für das Wesen der Hausarztmedizin. <https://primaerversorgung.org/2017/10/19/icpc-2-die-klassifizierung-fuer-die-primaerversorgung/> [Zugriff: 11.2.2021]
- Mangan, C./ Miller, R./ Ward, C. (2015): Knowing me, knowing you – inter-professional working between general practice and social care. In: Journal of Integrated Care 23 (2), 62- 73.
- Pantuček, Peter (1998): Lebensweltorientierte Individualhilfe. Eine Einführung für soziale Berufe. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Parnitzke, Anna Maria (2016): Wohnraum für Wohnungslose – Ist Housing First die Antwort? Eine vergleichende Analyse der Herausforderungen, Kosten und Strategien im Umgang mit Wohnungslosigkeit in Deutschland und Norwegen. Berlin: Universitätsverlag TU Berlin.
- Redelsteiner, Christoph (2013): Die erste Versorgungsebene als Schlüsselstelle für eine adäquate PatientInnenlenkung. Primary Care als integrierter Lösungsansatz – ein Aufgabengebiet der sozialen Arbeit. In: Soziales Kapital, 9/2013.
- Scheer, Christine (2019): Die Auswirkungen von Teamarbeit auf den Drehtüreffekt. Sozialarbeiter*innen im Team des Primärversorgungszentrums. Bachelorarbeit. Fachhochschule St. Pölten.
- Schmid, Tom (2006): Prinzipien wissenschaftlichen Arbeitens. In: Flaker, Vito/ Schmid, Tom (Hrsg.): Von der Idee zur Forschungsarbeit. Wien: Böhlau Verlag, 37-53.
- Schmid, Tom (2007): Qualität und ihre Bestimmbarkeit. In: EQUAL Entwicklungspartnerschaft Donau – Quality and Inclusion (Hg.): Sozialer Sektor im Wandel: zur Qualitätsdebatte und Beauftragung von sozialer Arbeit. Linz: Pro Mente 2007.
- Schmid, Tom (2014): Erwartungen an die Primärversorgung – Die Patient*innenperspektive. Projektbericht. St. Pölten: Ilse Arlt Institut.
- Schnoor, Heike (2006): Psychosoziale Beratung und Psychotherapie: Annäherungen – Abgrenzungen – Ergänzungen. In: Schnoor, Heike (Hrsg.) (2006): Psychosoziale Beratung in der Sozial- und Rehabilitationspädagogik, 48-56. Stuttgart: Kohlhammer.
- SM – Sozialministerium (2019): Ambulante Dokumentation: Nutzung der ICPC-2 in Österreich. <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Dokumentation/Ambulante-Dokumentation--Nutzung-der-ICPC-2-in-Oesterreich.html> [Zugriff: 11.2.2021]
- Sottas, Beat (2013): Interprofessionelle Zusammenarbeit. Herausforderung für die Gesundheitsberufe. In: biomed austria – Fachzeitschrift für Biomedizinische AnalytikerInnen, 06/2013, 24-26.

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

SV-Österreichische Sozialversicherung (o.A. a): Teambasierte Primärversorgung. <https://www.sv-primaerversorgung.at/cdscontent/?contentid=10007.796754&portal=esvportal> [Zugriff: 18.12.2020]

SV-Österreichische Sozialversicherung (o.A. b): Teambasierte Primärversorgung. Rechtliche Rahmenbedingungen. <https://www.sv-primaerversorgung.at/cdscontent/?contentid=10007.796822&portal=esvportal> [Zugriff: 30.3.2021]

SV-Österreichische Sozialversicherung (o.A. c): Teambasierte Primärversorgung. PatientInnen und Versicherte der Sozialversicherung. <https://www.sv-primaerversorgung.at/cdscontent/?contentid=10007.796743&portal=esvportal> [Zugriff: 30.3.2021]

Treffpunkt Medizin: Die beste aller Welten? Unser Gesundheitssystem (o.A.): ORF III, 3.2.2021, 22:20-23:03 Uhr (43:00). <https://tvthek.orf.at/profile/Treffpunkt-Medizin/3084273/treffpunkt-medizin-Die-beste-aller-Welten-Unser-Gesundheitssystem/14080730> [Zugriff: 7.2.2021]

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

Daten

IT5, Interviewtranskript 5, erstellt von Christian Hamberger, Interview geführt mit einem*r Allgemeinmediziner*in eines PVZ, Februar 2021, Zeilen durchgehend nummeriert.

IT9, Interviewtranskript 9, erstellt von Cornelia Grünwald und Marianne Ullram, Interview geführt mit einem*r Allgemeinmediziner*in eines PVZ, März 2021, Zeilen durchgehend nummeriert.

IT11, Interviewtranskript 11, erstellt von Cornelia Grünwald, Interview geführt mit einem*r Allgemeinmediziner*in eines PVZ, März 2021, Zeilen durchgehend nummeriert.

IT14, Interviewtranskript 14, erstellt von Romana Wagner, Interview geführt mit einem*r Sozialarbeiter*in eines PVZ, März 2021, Zeilen durchgehend nummeriert.

IT15, Interviewtranskript 15, erstellt von Katrin Haslinger, Interview geführt mit einem*r Allgemeinmediziner*in und einem*r Sozialarbeiter*in eines PVZ, März 2021, Zeilen durchgehend nummeriert.

IT16, Interviewtranskript 16, erstellt von Stephanie Schmid, Interview geführt mit einem*r Sozialarbeiter*in eines PVZ, Februar 2021, Zeilen durchgehend nummeriert.

EP1, Emailprotokoll 1, verfasst von einem*r Case und Care Manager*in eines PVZ, Fragen gestellt von Katrin Haslinger per Email, Februar 2021, Zeilen durchgehend nummeriert.

EP2, Emailprotokoll 2, verfasst von einem*r Case und Care Manager*in eines PVN, Fragen gestellt von Katrin Haslinger per Email, März 2021, Zeilen durchgehend nummeriert.

Abkürzungen

bzw.	beziehungsweise
FH	Fachhochschule
ICD-10	International Classification of Diseases-10
ICPC-2	International Classification of Primary Care-2
PVE	Primärversorgungseinheit(en)
PVN	Primärversorgungsnetz(en)
PVZ	Primärversorgungszentrum, -zentren
u.a.	unter anderem
usw.	und so weiter
u.U.	unter Umständen
v.a.	vor allem
WONCA	Weltorganisation für Allgemein- und Familienmedizin
z.B.	zum Beispiel

Anhang

Interview-Leitfaden/ Sozialarbeiter*in

■ Dokumentation von psychosozialen Problemen:

1) Wie schätzen Sie das Ausmaß an psychosozialen Problemen Ihrer Klient*innen und ihr Problembewusstsein diesbezüglich ein?

- Wie oft werden psychosoziale Probleme nicht geäußert? Warum nicht?
- Wo docken diese Patient*innen vorrangig aus ihrer Sicht an? Mit welchen Problemen?

2) Wie kommen Sie als Sozialarbeiter*in zu ihren Aufträgen?

- Wie wird bei Ihnen der Betreuungsplan generell erstellt und dokumentiert?
- Wie gut ist an dieser Stelle der sozialarbeiterische/psychosoziale Interventionsbedarf erkennbar? Wie wird dieser vom*von der Ordinationsassistent*in dokumentiert?
- Welche Zuständigkeits-Einschätzungs-Tools haben bereits Ordinationsassistent*innen, wenn sie psychosozialen/sozialarbeiterischen Interventionsbedarf vermuten?
- Wie verlaufen Verweisungen typischerweise? (Verweisung durch Ordinationsassistent*in oder Allgemeinmediziner*in? Verweisungen durch andere Professionen? Durch Besprechungen im Kernteam/Team? Oder suchen Sie selbst Ihre Fälle zusammensuchen eher?)
- Wie weit haben Sie Einsicht in die Doku der anderen Professionen und umgekehrt? Wo sind die Grenzen?

3) Wenn psychosozialer/sozialarbeiterischer Interventionsbedarf erst später auffällt, wie wird dann vorgegangen? Wie dokumentiert?

- An welchen Stellen (bei welchen Kolleg*innen) fallen vorerst nicht geäußerte psychosoziale Probleme verstärkt auf?
- Inwiefern sind „typische“ Merkmale in diesen Fällen erkennbar?
- Welche Möglichkeiten bietet das offizielle Dokumentationssystem den nicht SA-Kolleg*innen in diesen Fällen?
- Was machen Sie zusätzlich?

■ Beurteilung der Dokumentationen in Hinsicht auf das Erkennen von psychosozialen Problemen

4) Wie nutzen die Kolleg*innen diese Möglichkeiten aus Ihrer Sicht konkret?

- Wie schätzen Sie diese Möglichkeiten persönlich ein? (brauchbar? ausreichend?)
- Wie oft und in welchen Fällen konsultieren Sie die Doku anderer Professionen und warum?

- Wie hilfreich schätzen Sie die multiprofessionelle Doku für das Erkennen von psychosozialen Problemen generell ein?

5) Die Doku welcher Professionen sehen Sie für das Erkennen psychosozialer Probleme als besonders wertvoll und warum?

- Wie dokumentieren diese Professionen ihre Vermutung in Bezug auf psychosozialen Interventionsbedarf konkret? (Unterschiede zu den anderen Professionen?)

6) Wie schätzen Sie generell die Bereitschaft der Kolleg*innen des Teams ein, Dinge zu dokumentieren, die für sie selbst weniger relevant sind, für andere Professionen aber sein könnten?

- Wie wird dann in Folge weiter vorgegangen? Vor allem, wenn Sie als Sozialarbeiter*in z.B. (noch) nicht in den Fall involviert sind?

7) Was empfinden Sie darüber hinaus als hilfreich in der Zusammenarbeit mit ihren Kolleg*innen in Bezug auf das Erkennen psychosozialer Probleme? (weitere, inoffizielle Dokumentationsweisen zur Kommunikation untereinander?)

■ **Veränderungs-/ Erweiterungswünsche**

8) Was würde das Erkennen psychosozialer Problemlagen Ihrer Meinung nach weiter erleichtern? Was würden Sie sich in Zukunft wünschen?

- Wie könnte das Dokumentationssystem ihrer Meinung nach abgeändert werden, um besser diese Probleme erkennen zu lassen?

■ **Dokumentation von psychosozialen Problemen:**

1) Wie schätzen Sie das Ausmaß an psychosozialen Problemen Ihrer Klient*innen und ihr Problembewusstsein diesbezüglich ein?

- Wie oft werden psychosoziale Probleme nicht geäußert? Warum nicht?
- Wo docken diese Patient*innen vorrangig aus ihrer Sicht an? Mit welchen Problemen?

2) Wie wird bei Ihnen der Betreuungsplan erstellt und dokumentiert?

- Wie gut ist an dieser Stelle der psychosoziale Interventionsbedarf erkennbar? Wie wird dieser dokumentiert?
- Wie dokumentieren Ordinationsassistent*innen psychosozialen Interventionsbedarf (und wenn er nicht geäußert wird)?
- Wie verlaufen Verweisungen typischerweise? Team/ Kernteam, zusammensuchen?

3) Wie weit haben Sie Einsicht in die Doku der anderen Professionen und umgekehrt?

- Wie oft und in welchen Fällen konsultieren Sie die Doku anderer Professionen? Und umgekehrt?
- Wie wichtig schätzen Sie die multiprofessionelle Doku für das Erkennen von psychosozialen Problemen ein?
- Inwiefern bietet das Dokumentationssystem die Möglichkeit, multiprofessionell überschneidend zu dokumentieren? Oder dokumentiert jede*r für sich im System?

4) Wenn psychosozialer/sozialarbeiterischer Interventionsbedarf erst später auffällt, wie wird dann vorgegangen? Wie dokumentiert?

- An welchen Stellen (bei welchen Kolleg*innen) fallen vorerst nicht geäußerte psychosoziale Probleme verstärkt auf?
- Inwiefern sind „typische“ Merkmale in diesen Fällen erkennbar?
- Welche Möglichkeiten bietet das offizielle Dokumentationssystem in diesen Fällen?
- Wie schätzen Sie diese Möglichkeiten persönlich ein und wie nutzen Sie diese? (brauchbar? ausreichend?)
- Welche zusätzlichen Dokumentationsweisen/ Kommunikationsmöglichkeiten empfinden Sie als hilfreich hinsichtlich des Erkennens psychosozialer Probleme?

5) Wenn Sie psychosoziale Probleme erkennen: Inwiefern hilft es, dass Sie Arzt in einem PVZ sind?

- Inwiefern unterscheidet sich Ihr Vorgehen von jenem von Allgemeinmediziner*innen außerhalb des PVZ in solchen Fällen aus Ihrer Sicht?
- Inwiefern trägt das Dokumentationssystem zu unterschiedlichen Vorgehensweisen hier bei?

6) Wie schätzen Sie die Bereitschaft der Kolleg*innen/ des Teams ein, Dinge zu dokumentieren, die für sie selbst weniger relevant sind, für andere Professionen aber sein könnten?

- Wie wird dann in Folge weiter vorgegangen? (v.a. bei psychosozialen Problemvermutungen)

7) Was empfinden Sie darüber hinaus als hilfreich in der Zusammenarbeit mit ihren Kolleg*innen in Bezug auf das Erkennen psychosozialer Probleme? (weitere, inoffizielle Dokumentationsweisen zur Kommunikation untereinander?)

■ **Veränderungs-/ Erweiterungswünsche**

8) Was würde das Erkennen psychosozialer Problemlagen Ihrer Meinung nach weiter erleichtern? Was würden Sie sich in Zukunft wünschen?

- Wie könnte das Dokumentationssystem ihrer Meinung nach abgeändert werden, um besser diese Probleme erkennen zu lassen?

■ **Dokumentation von psychosozialen Problemen:**

1) Wie schätzen Sie das Ausmaß an psychosozialen Problemen Ihrer Klient*innen und ihr Problembewusstsein diesbezüglich ein?

- Wie oft werden psychosoziale Probleme nicht geäußert? Warum nicht?
- Wo docken diese Patient*innen vorrangig aus ihrer Sicht an? Mit welchen Problemen?

2) Wie kommen Sie als Case und Care Manager*in zu ihren Aufträgen? Wie gehen Sie dann typischerweise vor? Vor allem, wenn sie psychosozialen Betreuungsbedarf vermuten?

- Wie wird bei Ihnen der Betreuungsplan generell erstellt und dokumentiert?
- Wie gut ist an dieser Stelle der sozialarbeiterische/psychosoziale Interventionsbedarf erkennbar? Wie wird dieser vom*von der Ordinationsassistent*in dokumentiert?
- Welche Zuständigkeits-Einschätzungs-Tools haben sie bereits, wenn sie psychosozialen/sozialarbeiterischen Interventionsbedarf vermuten? Und die Ordinationsassistent*in?
- Wie verlaufen Verweisungen typischerweise? (Verweisung durch Ordinationsassistent*in oder Allgemeinmediziner*in? Verweisungen durch andere Professionen? Durch Besprechungen im Kernteam/Team? Oder suchen Sie selbst Ihre Fälle zusammensuchen eher?)
- Wie weit haben Sie Einsicht in die Doku der anderen Professionen und umgekehrt? Wo sind die Grenzen?

3) Wenn Sie oder andere „Nicht-Sozialarbeiter*innen“ erst später psychosozialen/sozialarbeiterischen Interventionsbedarf vermuten, wie wird dann vorgegangen? Wie dokumentiert?

- An welchen Stellen fallen vorerst nicht geäußerte psychosoziale Probleme verstärkt auf? Bei ihnen? Oder bei welchen Kolleg*innen?
- Inwiefern sind „typische“ Merkmale in diesen Fällen erkennbar?
- Welche Möglichkeiten bietet das offizielle/nicht-offizielle Dokumentationssystem den Kolleg*innen in diesen Fällen?
- Was machen Sie zusätzlich?

■ **Beurteilung der Dokumentationen in Hinsicht auf das Erkennen von psychosozialen Problemen**

4) Wie nutzen Sie und die Kolleg*innen die Dokumentationsmöglichkeiten aus Ihrer Sicht konkret?

- Wie schätzen Sie diese Möglichkeiten persönlich ein? (brauchbar? ausreichend?)
- Wie oft und in welchen Fällen konsultieren Sie die Doku anderer Professionen und warum?
- Wie nutzen die Sozialarbeiter*innen Ihre Doku?
- Wie hilfreich schätzen Sie die multiprofessionelle Doku für das Erkennen von psychosozialen Problemen generell ein?

5) Die Doku welcher Professionen sehen Sie für das Erkennen psychosozialer Probleme als besonders wertvoll und warum?

- Wie dokumentieren diese Professionen ihre Vermutung in Bezug auf psychosozialen Interventionsbedarf konkret? (Unterschiede zu den anderen Professionen?)

6) Wie schätzen Sie generell Ihre und die Bereitschaft der Kolleg*innen des Teams ein, Dinge zu dokumentieren, die für Sie/sie selbst weniger relevant sind, für andere Professionen aber sein könnten?

- Wie wird dann in Folge weiter vorgegangen?

7) Was empfinden Sie darüber hinaus als hilfreich in der Zusammenarbeit mit Ihren Kolleg*innen in Bezug auf das Erkennen psychosozialer Probleme? (weitere, inoffizielle Dokumentationsweisen zur Kommunikation untereinander?)

■ **Veränderungs-/ Erweiterungswünsche**

8) Was würde das Erkennen psychosozialer Problemlagen Ihrer Meinung nach weiter erleichtern? Was würden Sie sich in Zukunft wünschen?

- Wie könnte das Dokumentationssystem ihrer Meinung nach abgeändert werden, um besser diese Probleme erkennen zu lassen?

Auswertungsbeispiel: Auszug aus einem Interview mit einem*r Sozialarbeiter*in eines PVZ – IT16

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

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

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

65 I2: Und wenn sie sich überlegen jetzt nur auf die Dokumentation beschränkt was sehen sie dann als
66 Wichtigstes bei der Dokumentation an?

67 B1: Wichtig ist ähm in meinen Primärversorgungszentrum gibt es jeweils ich sag jetzt mal dazu es
68 gibt eine Achse zur Psychotherapeutin Psychologin beziehungsweise das sind 3 aber wir also so
69 etwas salopp formuliert bilden wir sowas wie das psychosoziale Team also wir begleiten schwierige
70 psychiatrisch-Erkrankte, Sucht-Erkrankte andere Patienten wo es klar ist es muss eine
71 Zusammenarbeit geben und es auch klar ist, dass sagen wir mal das Psycho soziale das könn ma eh
72 no reden habts ja auch im Fragenkatalog, dass das im Vordergrund steht und da ist es schon wichtig
73 dass man sozusagen auch wenn man nicht die Möglichkeit hat sich persönlich auszutauschen
74 schnell reinschauen kann das was ist denn der Stand der Psychologin jetzt? Was ham denn die
75 gemacht in der letzten Einheit. Insbesondere wenn jemand sehr engmaschig begleitet werden muss

76 beispielsweise weil's a Krise gibt. Ich komm Grad von der Frage ab oder haben sie schon ein
77 bisschen vergessen.

78 I1: Ja was ist für sie jetzt wirklich das wo sie sagen das darf bei der Dokumentation wirklich nicht
79 fehlen was eben wirklich am Wichtigsten vom Inhalt auch ist.

80 B1: Mir ist wichtig über die Dokumentation zu zeigen was Aktivität gemacht wird also auch die
81 Methode offenzulegen ah und da kann es schon Rückfragen eben wenn wenn die Methode nicht

Passage	Konzept	Eigenschaften	Dimensionen	Memo
ich bin auch kritisch gegenüber Dokumentationsvorschriften ähm ich habe auch nur 20 Stunden wenn man hier effizient arbeiten möchte dann darf es nicht so sein wie in anderen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit es durchaus sag ma mal üblich oder vorgeschrieben ist, dass die Dokumentationszeit weit mehr als 20% einnimmt. Dagegen würde ich mich versuchen zu wehren.	Dokumentation	Vorschriften Zeit Nutzen Verhältnis	locker-streng; gegeben-nicht gegeben viel-wenig hoch-niedrig ausgewogen-unausgewogen; vertretbar-nicht vertretbar	Er verteidigt existente Freiheiten in Doku; Effizienz (Zeit-Nutzen) kann nur so gegeben sein. Doku-Zeit soll geringen Anteil an Arbeit haben, damit SOA Nutzen bringen kann. Hält das freie Doku-System im PVZ für besser als in anderen Bereichen der SOA, wo die Doku viel Zeit einnimmt und es mehr Vorschriften diesbezüglich gibt. Er ist hier vehement.
	Andere Bereiche der Sozialen Arbeit	Praxis Vorschrift	vergleichbar-nicht vergleichbar locker-streng; gegeben-nicht gegeben	
Die Dokumentation ist ist sehr wohl wichtig weil man sich darüber verständigt. Das kann man auch mit ganz kurzen Aussagen machen. Dafür gibt's ja auch ausreichend Krankheitskategorien und auch Gesundheitskategorie und auch soziale Kategorien und auch ein Vokabular das sozusagen diese Fachsprache bringen sie schon einander näher. Es gibt schon auch einen Impact auf die Qualität der Zusammenarbeit	Dokumentation	Bedeutung/ Nutzen Art Kategorien Qualität	wichtig-unwichtig; hoch-niedrig; ausreichend-nicht ausreichend umfangreich-kurz bestimmt-unbestimmt; fachlich-allgemein Auswirkung-keine Auswirkung; verbessert-verschlechtert	Doku ist wichtig und bringt einen hohen Nutzen, da sie als Ausgangspunkt für Verständigung im Team dient. Sie hat positiven Einfluss auf die Qualität der Zusammenarbeit. Kurze Doku reicht aber aus. Der Umstand, dass es sich um bestimmte, fachsprachliche Doku handelt, hilft in der interprofessionellen Annäherung.
aber wenn sie die Frage so meinen, dass hier Dokumentation von besonderer Bedeutung wär, würde ich sagen ist es	Bedeutung	Dokumentation	besonders-nicht besonders	Er schreibt der Dokumentation keine

nicht. Von besondere Bedeutung bleiben die persönlichen Kontakte vor allem das Besprechen ah des Fallverlaufs ähm durchaus auch das Teamklima und die ganzen dahinter liegenden Gegebenheiten am Arbeitsplatz sozusagen, aus meiner Sicht		Persönliche Kontakte Besprechen von Fallverläufen Teamklima Gegebenheiten am Arbeitsplatz	besonders-nicht besonders besonders-nicht besonders besonders-nicht besonders besonders-nicht besonders	besondere Bedeutung zu; ihm fallen ad hoc viele andere Faktoren ein, die bedeutsamer in der interprofessionellen Zusammenarbeit sind. Sie alle haben mit dem persönlichen Austausch und dem Teamgedanken zu tun, die mitunter durch Gegebenheiten am Arbeitsplatz definiert werden.
aber das ist tatsächlich der Fall, dass in Primärversorgungszentren einiges schneller und und damit effektiver für die Gesundheit oder oder für die soziale Verfasstheit von Menschen oder Gruppen passieren kann als anderswo	PVZ vs. andere Gesundheits-Einrichtungen in Bezug auf Gesundheit	Schnelligkeit Effizienz gesundheitlich sozial	schneller-langsam effizienter-ineffizienter besser-schlechter besser-schlechter	Er hebt die Effizienz und Wirksamkeit des PVZ gegenüber anderswo hervor; er bezieht sich dabei auf die Schnelligkeit, die gesundheitliche (also medizinische und psychische) Versorgung und auch die soziale Verfasstheit der Klient*innen
aber die Dokumentation um das jetzt nochmal zusammenzufassen sehe ich nicht als das allerwichtigste dabei die Sozialarbeit aber auch die anderen Berufe behaupten sich nicht durch primär durch die Art und Weise wie sie dokumentieren in der Zusammenarbeit sondern in Form von anderen Möglichkeit.	Dokumentation Behauptung der Sozialarbeit	Priorität Dokumentationsweise andere Möglichkeiten	hoch-nicht hoch hohe Bedeutung-nicht hohe Bedeutung hohe Bedeutung-nicht hohe Bedeutung	Er räumt der Dokumentation in diesen Belangen keine besondere Stellung ein. Er klingt dabei wieder vehement um zu verdeutlichen, dass sich die SOA nicht, genauso wenig wie andere Berufe im PVZ, über die Dokumentation behaupten/ rechtfertigen.

	Behauptung anderer Berufe	Dokumentations- weise andere Möglichkeiten	hohe Bedeutung-nicht hohe Bedeutung hohe Bedeutung-nicht hohe Bedeutung	Hier sieht er andere Möglichkeiten als bedeutsamer.
Wichtig ist ähm in meinen Primärversorgungszentrum gibt es jeweils ich sag jetzt mal dazu es gibt eine Achse zur Psychotherapeutin Psychologin beziehungsweise das sind 3 aber wir also so etwas salopp formuliert bilden wir sowas wie das psychosoziale Team also wir begleiten schwierige psychiatrisch-Erkrankte, Sucht-Erkrankte andere Patienten wo es klar ist es muss eine Zusammenarbeit geben und es auch klar ist, dass sagen wir mal das Psycho soziale, dass das im Vordergrund steht und da ist es schon wichtig dass man sozusagen auch wenn man nicht die Möglichkeit hat sich persönlich auszutauschen schnell reinschauen kann das was ist denn der Stand der Psychologin jetzt? Was ham denn die gemacht in der letzten Einheit. Insbesondere wenn jemand sehr engmaschig begleitet werden muss beispielsweise weil's a Krise gibt.	Doku des Psychosozialen Teams Psychosoziales Team	Bedeutung Klarheit über Bedeutung Zusammenarbeit Priorisierung von psychosozialen Themen	wichtig-nicht wichtig; in allen Fällen gleichermaßen-nicht in allen Fällen gleichermaßen gegeben-nicht gegeben gegeben-nicht gegeben gegeben-nicht gegeben	Der Umstand, dass es im PVZ gemeinsame Doku gibt, ist v.a. für die Zusammenarbeit im psychosozialen Team wichtig. Und dann wiederum besonders, wenn persönlicher Austausch nicht möglich ist (um sich schnell trotzdem einen Überblick verschaffen zu können und mit der eigenen Arbeit anknüpfen zu können), oder bei Klient*innen, die engmaschig begleitet werden müssen (z.B. wegen Krise). Das Bewusstsein, dass es hier Zusammenarbeit geben muss, ist gegeben, die Bereitschaft dazu, ebenfalls.
Mir ist wichtig über die Dokumentation zu zeigen was Aktivität gemacht wird also auch die Methode offenzulegen	Inhalt der Dokumentation	Aktivität/ Methode	wichtig-nicht wichtig	Ihm ist in der Doku v.a. wichtig zu zeigen, was er wie macht.

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Mag. Katrin Haslinger**, geboren am **19.02.1982** in **Waidhofen/Ybbs**,
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,

Haag, am 27.04.2021



Mag. Katrin Haslinger