

Die Auswirkungen von Teamarbeit auf den Drehtüreffekt

Sozialarbeiter*innen im Team des
Primärversorgungszentrums

Christine Scheer, 1610406332

Bachelorarbeit 2

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

Datum: 29.04.2019

Version: 1

Begutachter: Heinz Novosad, BA MA

Abstract

Die vorliegende Forschungsarbeit widmet sich der Frage, welche Auswirkungen Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeiter*innen und anderen Berufsgruppen auf den Drehtüreffekt im Primärversorgungszentrum hat. Die geführten leitfadengestützten Interviews wurden mittels offenem Kodieren nach Corbin und Strauss ausgewertet und analysiert. Beforscht wurde wie Teamwork aktuell stattfindet, welche Voraussetzungen aus Sicht der Professionist*innen erforderlich sind, und wie der Drehtüreffekt durch Teamwork beeinflusst werden kann. Zentrales Ergebnis der Forschung ist, dass Zuweisungen durch Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeiter*innen und anderen Berufsgruppen effizienter gestaltet werden können, wodurch Patient*innen rascher die benötigte Behandlung erhalten.

Abstract

The aim of the research is to discover the impact of teamwork heavy users in primary health care. The focus is on the teamwork between social workers and other professionals. The method "open coding" by Corbin and Strauss was used to analyse and interpret the interviews. The main interest of the research is how teamwork takes place at the moment, what the requirements are for teamwork as well as how teamwork might affect heavy users. The central research results are that the assignment can be done more efficient and the patient will get suitable treatment faster if there is cooperation between social workers and other professionals.

Inhalt

1	Einleitung	5
2	Forschungsprozess	5
2.1	Vorannahmen	6
2.2	Fragestellung	6
2.3	Themenrelevanz	7
2.4	Inhaltliche Schwerpunkte	7
2.5	Einordnung in das Gesamtprojekt	8
3	Empirie	8
3.1	Qualitative Forschung	8
3.2	Leitfadeninterview	9
3.3	Offenes Kodieren	9
4	Begriffsdefinitionen	10
4.1	Drehtüreffekt	10
4.2	Teamarbeit	10
4.3	Interdisziplinär – Multiprofessionell – Interprofessionell – Transprofessionell	11
4.4	Bio-psycho-soziales Modell	11
4.5	Primary Health Care	12
5	Ergebnissdarstellung	12
5.1	Verständnis der Professionist*innen von Zusammenarbeit	12
5.2	Verständnis der Professionist*innen von Drehtüreffekt / Drehtürpatient*innen	13
5.3	Drehtüreffekt im Primärversorgungszentrum	14
5.4	Voraussetzungen für Teamwork	14
5.5	Das Team im Primärversorgungszentrum	15
5.5.1	Indikatoren für die Zuweisung zur Sozialen Arbeit	15
5.5.2	Die Zuweisung zur Sozialen Arbeit	16
5.5.3	Zuweisung ohne Ärzt*innen	17
5.5.4	Formeller und informeller Austausch im Team	17
5.5.5	Dokumentation	18
5.6	Die Auswirkungen von Teamarbeit auf die Versorgungsqualität	19
5.7	Die Auswirkungen von Teamarbeit auf den Drehtüreffekt	20

6	Diskussion	21
6.1	Ist Teamwork im Primärversorgungszentrum möglich?	21
6.2	Interprofessionelle oder multiprofessionelle Teamarbeit?	22
6.3	Kompetenzen und Aufgaben der Sozialen Arbeit	23
6.4	Der Weg zu adäquaten Behandlung	24
6.5	Die Zuweisung zur Sozialen Arbeit	25
6.6	Informationsweitergabe durch Dokumentation	26
6.7	Vorurteile gegenüber psychosozialer Beratung	26
7	Resümee	27
7.1	Implikationen für die Praxis	28
	Literatur	29
	Daten	30
	Eidesstattliche Erklärung	32

1 Einleitung

Die Relevanz von Sozialarbeit im Gesundheitswesen wurde in den letzten Jahren immer deutlicher, da Gesundheit nicht ausschließlich die körperliche Gesundheit beinhaltet. Nach einer bio-psycho-sozialen Menschenbild sind alle drei Ebenen, die körperliche, psychische und soziale gleichwertig zu betrachten. Dies impliziert bereits, dass Expert*innen jeder Ebene im Gesundheitssystem vertreten sein müssen und die Kooperation miteinander erforderlich ist.

Im Gesundheitssystem gibt es Patient*innen, die medizinische Angebote, trotz Intervention, wiederholt in Anspruch nehmen (vgl. FH St. Pölten o.A.). Ein Faktor dafür könnten unzureichende, nicht adäquate oder schwer zugängliche Behandlungsmöglichkeiten sein. Für diese Patient*innen, gibt es durch die Behandlung keine langfristige Verbesserung. Ein niederschwelliger Zugang zur ganzheitlichen Behandlung innerhalb der ersten Versorgungsebene ermöglicht die rasche, adäquate Behandlung von Patient*innen. Daraus könnte resultieren, dass die Angebote nicht wiederholt oder in geringerem Ausmaß in Anspruch genommen werden. Besonders der Zugang zur psychosozialen Behandlung und Beratung ist bisher hochschwierig gewesen, wodurch sie für viele Personen nicht erreichbar war. Auf der Ebene der Primärversorgung (näher erklärt in Kapitel 4.5) wurden kürzlich und werden aktuell Primärversorgungszentren (PVZ) eröffnet, die durch die Anstellung verschiedener Berufsgruppen eine ganzheitliche Behandlung einfacher zugänglich machen sollen. In einigen Primärversorgungszentren sind unter anderem Sozialarbeiter*innen angestellt (vgl. ÖFOP o.A.). Die Versorgung auf allen Ebenen soll dadurch gesichert werden. Wie die Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeiter*innen und anderen im PVZ angestellten Professionist*innen die Versorgungsqualität und damit einhergehend die wiederholten Inanspruchnahme beeinflusst, ist zentrales Erkenntnisinteresse der vorliegenden Forschungsarbeit.

Zunächst wird der Prozess der Forschung erläutert. Anschließend folgen die Erklärung der Forschungsmethode sowie die Definition wichtiger Begriffe. In Kapitel 5 werden die Forschungsergebnisse vorgestellt. Die Ergebnisse werden im darauffolgenden Kapitel interpretiert, analysiert sowie Bezüge zu Fachliteratur hergestellt. Abschließend wurden ein Resümee sowie die Implikationen für die Praxis formuliert.

2 Forschungsprozess

Nachfolgend wird der Prozess der Forschung beschrieben. Zunächst werden meine persönlichen Vorannahmen bezüglich der Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeiter*innen und anderen Berufsgruppen im PVZ dargestellt. Danach werden die Forschungsfrage und die Unterfragen präsentiert. Anschließend wird die Relevanz des Themas geklärt und auf die inhaltlichen Schwerpunkte eingegangen. Zum Abschluss wird geklärt wie sich die Forschungsarbeit in das Gesamtprojekt einordnet.

2.1 Vorannahmen

Durch die Auseinandersetzung mit der Thematik im Vorfeld kam ich zu persönlichen Vorannahmen, die in diesem Kapitel vorgestellt werden. Eine Vermutung ist, dass vorwiegend Patient*innen mit Problemen, die durch keine andere Berufsgruppe gelöst werden können, an die Soziale Arbeit weitergeleitet werden. Es wird nicht zeitgerecht erkannt, ob Patient*innen das Primärversorgungszentrum aufgrund einer psychosozialen Belastung aufsuchen. Die Personen werden angemessen medizinisch behandelt, allerdings führt dies zu keiner dauerhaften Besserung der Symptomatik. Nachdem die Patient*innen von verschiedenen Berufsgruppen ohne Erfolg behandelt wurden, werden sie an die Soziale Arbeit vermittelt. Dadurch wird die Belastung der Patient*innen größer und es ist schwieriger, diese wieder zu lösen. Persönlich gehe ich davon aus, dass der Kompetenz- und Aufgabenbereich von Sozialarbeiter*innen nicht ausreichend geklärt ist und daher nicht festgelegt ist, nach welchen Indikatoren entschieden wird, ob Patient*innen an die Soziale Arbeit vermittelt werden sollen. Um dies zu ändern und zeitgerecht zu erkennen, ob eine psychosoziale Belastung vorliegt, sind der regelmäßige Austausch im Team sowie eine funktionierende Zusammenarbeit von besonderer Bedeutung.

Ich gehe davon aus, dass der Drehtüreffekt durch Teamwork beeinflusst werden kann. Durch die Anstellung von verschiedenen Berufsgruppen sollen Patient*innen im Primärversorgungszentrum rasch weitervermittelt werden. Damit dies tatsächlich passiert, ist die Zusammenarbeit zwischen den Professionen unerlässlich. Ob dem so ist und welche Aspekte dafür besonders relevant sind, ist sowohl für Sozialarbeiter*innen im Primärversorgungszentrum als auch alle anderen dort tätigen Berufsgruppen von Bedeutung.

2.2 Fragestellung

Die Hauptforschungsfrage der Arbeit lautet:

- Wie wirkt sich die Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeiter*innen und anderen Berufsgruppen im Primärversorgungszentrum auf den Drehtüreffekt aus?

Es wird erforscht wie sich die Zusammenarbeit gestaltet und wie sie von den verschiedenen Berufsgruppen erlebt wird. Weiters werden die Auswirkungen von funktionierender Zusammenarbeit auf den Drehtüreffekt eruiert. Um diese Fragen zu klären und die Forschungsfrage einzugrenzen wurden folgende Unterfragen formuliert:

- Wie muss Teamarbeit gestaltet sein, um den Drehtüreffekt zu beeinflussen?
- Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeiter*innen und anderen Berufsgruppen im Primärversorgungszentrum?
- Welche Voraussetzungen müssen gegeben sein, damit Teamarbeit gelingen kann?

2.3 Themenrelevanz

In Österreich wurden in den letzten Jahren einige Primärversorgungszentren eröffnet, weitere sind bereits in Planung. Neben Allgemeinmediziner*innen sind unter anderem auch Diätolog*innen, Ergotherapeut*innen, Hebammen, Logopäd*innen, Pflegekräfte, Physiotherapeut*innen, Psycholog*innen, Psychotherapeut*innen sowie Sozialarbeiter*innen angestellt (vgl. ÖFOP o.A.). Welche Berufsgruppen tatsächlich vertreten sind, variiert zwischen den einzelnen Primärversorgungszentren. PVZs sind ein neuer Bestandteil der ersten Versorgungsebene, daher gibt es auch Zusammenarbeit zwischen den genannten Berufsgruppen in diesem Bereich erst seit kurzem. Laut dem Österreichischen Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen ist das Neue an Primärversorgungszentren, dass es mehr Teamarbeit gibt, mehr Austausch und dadurch mehr Zeit für Patient*innen bleibt. Daraus resultiert mehr Spaß an der Arbeit sowie eine bessere Versorgungsqualität für die Patient*innen (vgl. ÖFOP o.A.). Dies verdeutlicht bereits die hohe Relevanz von Teamarbeit im Primärversorgungszentrum. Bisher haben ähnliche Berufsgruppen bereits in Krankenhäusern in einem Team gearbeitet. Laut einer Forschung von Böhmer und Schinnerl (vgl. 2017:15) hat die Soziale Arbeit im Krankenhaus ein Imageproblem und ihr wird ein „diffuses Aufgabengebiet“ zugeordnet. Ob sich dies in Primärversorgungszentren ähnlich gestaltet, wurde bislang noch nicht erforscht. Wie Zusammenarbeit funktionieren kann, wie sie aktuell erlebt wird und welche Wirkung sie haben kann, ist für Professionist*innen wichtig zu wissen, um relevante Aspekte in ihrer Arbeit zu berücksichtigen.

2.4 Inhaltliche Schwerpunkte

Die vorliegende Forschung ist auf der Primärversorgungsebene im Primärversorgungszentrum angesiedelt. Der Fokus liegt auf den Auswirkungen von Teamwork auf den Drehtüreffekt aus Sicht der Sozialarbeiter*innen. Bezüglich der Forschungsarbeit wird davon ausgegangen, dass Teamwork regelmäßigen und intensiven Austausch, Kommunikation auf Augenhöhe, sowie den wertschätzenden Umgang innerhalb des Teams beinhaltet.

Zunächst musste erforscht werden, wie sich Teamwork aktuell gestaltet und wie dies von den verschiedenen Berufsgruppen erlebt wird. Die Voraussetzungen für gelingende Zusammenarbeit wurden geklärt. Um herauszufinden, wie der Drehtüreffekt von gelingender Teamarbeit beeinflusst werden kann, mussten grundlegende Aspekte erforscht werden. Es wurde eruiert, wie es zur Zuweisung zur Sozialen Arbeit kommt und nach welchen Indikatoren dies passiert. Das Verständnis der unterschiedlichen Professionen von „Drehtüreffekt“ wurde ebenfalls erfragt. Durch die Klärung dieser Aspekte konnten die Auswirkungen auf den Drehtüreffekt erforscht werden.

2.5 Einordnung in das Gesamtprojekt

Innerhalb des Gesamtprojekts sollen durch die Erforschung wiederholter Inanspruchnahme von Allgemeinmediziner*innen, Rettungsdiensten, Krankenhäusern und Primärversorgungszentren sozialarbeiterische Handlungskonzepte für Professionist*innen entwickelt werden (vgl. FH St. Pölten o.A.). Die Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeiter*innen und anderen Berufsgruppen im Primärversorgungszentrum ist hinsichtlich wiederholter Inanspruchnahme ein Dreh- und Angelpunkt, da die gelingende Zusammenarbeit innerhalb des Teams ausschlaggebend für eine Beeinflussung des Drehtüreffektes ist. Um Handlungskonzepte zu entwickeln muss zuerst erforscht werden, wie aktuell gearbeitet wird und welche Aspekte die Professionist*innen als positiv oder negativ erleben. Die vorliegende Forschungsarbeit zeigt die Ist-Situation bezüglich des Austausches, der Kommunikation sowie der Zusammenarbeit auf und erforscht die Auswirkungen auf den Drehtüreffekt. In weiterer Folge lassen sich daraus Handlungskonzepte für eine gelingende Zusammenarbeit mit dem Ziel Patient*innen bestmöglich zu betreuen, entwickeln.

3 Empirie

Die Wahl der Forschungsmethode, der Datenerhebungs- und Auswertungsmethode ist für die Beantwortung einer Forschungsfrage von besonderer Relevanz. Um zu aussagekräftigen Ergebnissen zu kommen, müssen passende Methoden gewählt werden. Nachfolgend werden die qualitative Forschung, das Leitfadeninterview als Instrument zur Datenerhebung und das offene Kodieren näher vorgestellt sowie die Wahl dieser Methoden begründet.

3.1 Qualitative Forschung

Bei der qualitativen Forschung werden üblicherweise weniger Teilnehmer*innen befragt, allerdings werden diese gezielt gewählt. Die Fragen sind offen gestaltet und sollen von den Teilnehmer*innen spontan und in eigenen Worten beantwortet werden. Durch das ausführliche und komplexe Analysieren der erhobenen Daten in der qualitativen Forschung ist es möglich, ein umfassendes Bild zu erhalten (vgl. Flick 2016:22-25). „Ziel ist dabei weniger, Bekanntes [...] zu überprüfen, als Neues in der untersuchten Situation zu entdecken und daraus Hypothesen oder eine Theorie zu entwickeln“ (Flick 2016:25). Für die Beantwortung der oben angeführten Forschungsfrage ist die gezielte Wahl der Interviewpartner*innen essentiell. Ihre Sicht auf den Sachverhalt soll relevante Daten liefern und ihre subjektive Sichtweise darstellen. Diese Daten werden umfassend analysiert und können dadurch zu einem Forschungsergebnis beitragen. Durch standardisierte Fragen und vorgegebene Antwortmöglichkeiten könnten die Forschungsfragen nicht ausreichend beantwortet werden (vgl. Flick 2016:22-25).

3.2 Leitfadeninterview

Mittels eines Leitfadens können die Interviews strukturiert geführt werden. Der Leitfaden dient zur Orientierung während des Interviews, wobei von der Reihenfolge der Fragen abgewichen werden kann. Es wird vorwiegend mit offenen Fragen gearbeitet, diese sollen frei beantwortet werden. Dadurch zeigt sich die individuelle Sichtweise der Interviewpartner*innen. Es soll darauf geachtet werden, die Fragen nicht suggestiv zu formulieren und dadurch nicht zu beeinflussen. Dies kann vereinzelt eingesetzt werden, um die Interviewpartner*innen zur Reflektion der eigenen Haltung anzuregen. Sofern eine Antwort nicht ausführlich genug ist, kann nachgefragt werden. Für ein gelungenes Interview ist das Nachfragen an den richtigen Stellen ausschlaggebend. Außerdem ist eine ausgewogene Kombination aus offenen und gezielten Fragen erforderlich. Durch letztere sollen Themen angesprochen werden, zu denen die interviewte Person spontan nichts gesagt hätte (vgl. Flick 2016:113-115).

Das Leitfadeninterview wurde gewählt, da sich dadurch die subjektive Perspektive der Interviewpartner*innen zeigt. Ein weiterer Aspekt ist die Möglichkeit des Nachfragens sowie des gezielten Ansprechens von Thematiken. Durch ein narratives Interview würden nicht alle für die Forschung relevanten Aspekte angesprochen werden (vgl. Flick 2016:113-115).

Es wurden Personen aus drei unterschiedlichen Einrichtungen der Primärversorgung befragt. Dabei handelt es sich dabei um Primärversorgungszentren sowie Einrichtungen die diesen in der Organisation gleichen. Zur Wahrung der Anonymität werden die beforschten Einrichtungen in der Forschungsarbeit alle als Primärversorgungszentrum benannt. Die Wahl der Interviewpartner*innen fiel auf drei Sozialarbeiter*innen. Die Sozialarbeiter*innen wurden gebeten, Berufsgruppen oder Personen zu nennen, mit denen sie regelmäßig zusammen arbeiten und im Austausch sind. Es wurden zwei Allgemeinmediziner*innen und eine psychotherapeutische Fachkraft genannt, diese wurde ebenfalls interviewt.

3.3 Offenes Kodieren

Um Daten zu interpretieren entwickelten Strauss, Glaser und Corbin ein Verfahren bei dem offen, axial und selektiv kodiert werden kann. Die drei Kodierungsarten sind nicht klar voneinander abgetrennt und können auch kombiniert angewendet werden. Für die vorliegende Forschung wurde offenes Kodieren gewählt. Dabei werden durch die erhobenen Daten Theorien entwickelt. Sinneinheiten werden mit Codes versehen, danach werden daraus Eigenschaften entwickelt. In einem weiteren Schritt werden die Eigenschaften dimensionalisiert. Während dem offenen Kodieren werden regelmäßig Fragen (Wie? Was? Warum?) an den Text gestellt (vgl. Flick 2016:167-169). Konkret wurden mit Hilfe einer Tabelle Sinneinheiten aus den Interviewtranskripten einer Kategorie zugeordnet, Eigenschaften herausgefiltert, Dimensionen definiert und ein Memo verfasst. In einem weiteren Schritt wurden alle Einheiten mit der gleichen Kategorie gemeinsam betrachtet um die Gemeinsamkeiten und Differenzen der Aussagen herauszufiltern (vgl. Strauss / Corbin 1996:43, 50-51).

Das offene Kodieren ermöglicht es, Daten umfassend zu untersuchen sowie eigene und fremde Vorannahmen in Frage zu stellen, wodurch es zu neuen Ergebnissen kommt. Diese Offenheit erschien für die vorliegende Forschung erforderlich zu sein (vgl. Strauss / Corbin 1996:44).

4 Begriffsdefinitionen

Für die Forschungsarbeit relevante Begriffe werden nachfolgend definiert. Ein gemeinsames Verständnis von Leser*in und Autorin soll geschaffen werden, um die Nachvollziehbarkeit der Arbeit zu gewährleisten.

4.1 Drehtüreffekt

Für ein gemeinsames Verständnis des Begriffs „Drehtüreffekt“ wurde innerhalb des Projektteams „Sozialarbeiterische Handlungskonzepte bei wiederholter Inanspruchnahme im Gesundheitswesen“ folgende Definition formuliert:

„Der metaphorische Begriff ‚Drehtüreffekt‘ wird in diesem Projekt verwendet, um wiederholte Hilfeanfragen durch Patient*innen an Allgemeinmediziner*innen, Primärversorgungseinrichtungen, Notruf- und Rettungsdienste oder Krankenhäuser in kurzen Zeiträumen (trotz Intervention) zu veranschaulichen. Es wird davon ausgegangen, dass diesem Effekt neben strukturellen Problemen unterschiedlichste persönliche Nöte wie Obdachlosigkeit, Einsamkeit, psychiatrische Problemlagen oder Überforderung im Bereich Betreuung und Pflege zugrunde liegen können. Die Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeiter*innen und anderen Gesundheitsberufen könnte ganzheitliche und nachhaltige Versorgungsmöglichkeiten mit Betroffenen identifizieren und eine gemeinsame Fallplanung ermöglichen.“ (Projektteam 2019)

4.2 Teamarbeit

Im allgemeinen Sprachgebrauch werden Personen, die im gleichen Unternehmen arbeiten, als Team bezeichnet. Allerdings ist ein Team mehr als die Ansammlung qualifizierter Professionist*innen (vgl. Erger 2012:9). In einem Team arbeiten Mitglieder mit ihren individuellen Fähigkeiten an einem Gesamtziel. Da sie sich in ihren Stärken und Wissen ergänzen, entstehen gegenseitige Abhängigkeiten. Personen aus verschiedenen Abteilungen, Funktionsbereichen und Professionen können zusammen arbeiten. Es gibt eine Team-Identität, die nicht mit der persönlichen Identität der einzelnen übereinstimmt. Innerhalb eines Teams werden Kommunikationswege erarbeitet, ebenso wird mit externen Stellen kommuniziert (vgl. Mabey / Caird 1999:7-9; zit. in: Erger 2012:11).

Zur Entwicklung einer Personengruppe zu einem Team, dessen Arbeit sich als Teamarbeit qualifiziert, benötigt es konstruktive Zusammenarbeit aller Mitglieder zur Erreichung eines realistischen Ziels. Fördernd dafür sind teamfähige Persönlichkeiten, soziale Kompetenzen,

Wertschätzung der Teammitglieder sowie ein hohes Maß an Kommunikationsfähigkeit. Teamarbeit kann das Wissen und die Erfahrung aller Teammitglieder nutzbar machen, wodurch auch die eigene Leistung ergänzt werden kann. Außerdem wird der Informationsfluss erleichtert, das Risiko Fehlentscheidungen zu treffen sinkt und die Motivation der Mitarbeiter*innen steigt (vgl. Erger 2012:9-10).

In der vorliegenden Forschungsarbeit wird Teamwork, Teamarbeit und Zusammenarbeit synonym verwendet.

4.3 Interdisziplinär – Multiprofessionell – Interprofessionell – Transprofessionell

Interdisziplinarität oder Intraprofessionalität ist ein Begriff der Wissenschaft und beschreibt die Zusammenarbeit von Professionist*innen verschiedener Fachrichtungen innerhalb des gleichen Berufs. Die Professionist*innen können die gleichen Grundberufe haben, allerdings unterschiedliche Spezialisierungen.

Multiprofessionalität ist in der Arbeit in Krankenhäusern gefragt. Die Kompetenzen verschiedener Professionen werden zusammengetragen, jedoch kommt es kaum zu Interaktion oder Zusammenarbeit. Multiprofessionelles oder multidisziplinäres Arbeiten ist ein arbeiten nebeneinander.

Interprofessionelles Arbeiten ist das gemeinsame agieren in Situationen, wodurch es in jedem Fall zu Interaktion kommt. Professionist*innen berücksichtigen die eigenen und fremden Perspektiven, sie lernen voneinander und erarbeiten gemeinsam Lösungen. Interprofessionelles Handeln ist ein gefordertes Konzept im Gesundheitssystem.

In der transprofessionellen Zusammenarbeit können sich die Mitglieder gegenseitig ersetzen, da sich ihre Kompetenzen zum Großteil überschneiden. Im Gesundheitsbereich ist diese Form der Zusammenarbeit aufgrund der Sicherheit und Qualitätssicherung nicht erwünscht (vgl. Sottas 2013:25).

4.4 Bio-psycho-soziales Modell

Basierend auf der Gesundheitsdefinition von 1948 der WHO wurde das bio-psycho-soziale Modell entwickelt. Dieses Modell beinhaltet die biomedizinischen Aspekte der Gesundheit ebenso wie individuelle Lebensbedingungen und emotionale Verarbeitungen von Ereignissen und hebt somit die psychosoziale Dimension von Gesundheit hervor. Die Komponenten Leib, Psyche und Sozialität beeinflussen sich gegenseitig, stehen in Wechselwirkung und sind voneinander abhängig. Mit einem bio-psycho-sozialem Gesundheits- und Krankheitsverständnis ist davon auszugehen, dass adäquate und effektive Behandlungen nur durch ein integratives Verständnis und multiprofessionelle Zusammenarbeit gewährleistet werden kann (vgl. Geißler-Piltz et al 2005:21-24).

4.5 Primary Health Care

Primary Health Care (engl.: primäre Gesundheitsversorgung / Primärversorgung) ist die erste Versorgungsebene und somit die erste Anlaufstelle für Betroffene. Die Primärversorgung ist ein essentieller Bestandteil des Gesundheitssystems die einen kontinuierlichen Versorgungsprozess sichern soll (vgl. WHO 1978). In der Primärversorgung werden gesellschaftliche Bedingungen mitgedacht (vgl. G-ZG §3 Z9). Einem Aspekt der Definition der WHO zufolge ist Primärversorgung

„auf der lokalen Ebene und bei Überweisungen auf Gesundheitsfachkräfte wie Ärzte, Pflegekräfte, Hebammen, Hilfskräfte und Sozialarbeiter, gegebenenfalls aber auch auf die Hilfe traditioneller Mediziner angewiesen, die allesamt sozial wie fachlich angemessen für die Arbeit als Gesundheitsteam und für eine Antwort auf die erklärten gesundheitlichen Bedürfnisse der Bevölkerung geschult sein müssen.“ (WHO 1978)

Aus diesem Teil der Definition geht hervor, dass Primärversorgung nach einem bio-psycho-sozialen Modell handelt und verschiedene Berufsgruppen zusammen arbeiten müssen. Die WHO fordert 1978 zur Weiterentwicklung der primären Gesundheitsversorgung hinsichtlich ihrer Definition auf (vgl. WHO 1978). Im März 2014 wurde die Neugestaltung der Primärversorgung in Österreich beschlossen. Im Fokus standen die Bedürfnisse der Patient*innen, durch die Umstrukturierung sollen niederschwellige und jederzeit verfügbare Angebote geschaffen werden. Durch mehr Zusammenarbeit und die Vernetzung mit anderen Gesundheitsberufen können Patient*innen ganzheitlich behandelt werden (vgl. BMASGK 2015).

5 Ergebnissdarstellung

Nachfolgend werden die Forschungsergebnisse vorgestellt, die sich durch die Auswertung der geführten Interviews ergeben haben. Zunächst wird das Verständnis der Professionist*innen der Begriffe Zusammenarbeit und Drehtüreffekt oder Drehtürpatient*innen geklärt. Das darauffolgende Kapitel konzentriert sich auf die Wahrnehmung der Professionist*innen des Drehtüreffektes im Primärversorgungszentrum. Anschließend werden die Voraussetzungen für Teamarbeit erläutert. Wie sich Teamarbeit aktuell gestaltet, wird in Kapitel 5.5 bearbeitet. Die dazugehörigen Unterkapitel befassen sich mit den verschiedenen Möglichkeiten der Zuweisung zur Sozialen Arbeit, dem formellen und informellen Austausch sowie der Dokumentation. In den letzten beiden Kapiteln wird auf die Auswirkungen von Teamwork auf die Versorgungsqualität sowie auf den Drehtüreffekt eingegangen.

5.1 Verständnis der Professionist*innen von Zusammenarbeit

Das Verständnis der Professionist*innen ist auf einem breiten Spektrum angesiedelt. Die genannten Aspekte werden nachfolgend zusammengefasst vorgestellt.

Unter dem Begriff Zusammenarbeit wird der Austausch über Klient*innen zwischen den Professionen ebenso wie gemeinsame Klient*innengespräche verstanden. Ein relevanter Aspekt von Zusammenarbeit ist Kommunikation. Um konstruktiv kommunizieren zu können, muss es eine klare Aufgabenteilung und einen gemeinsamen Plan geben. Durch gegenseitiges Vertrauen und Kommunikation innerhalb des Teams können Überforderungen angesprochen und bearbeitet werden (vgl. TI2 Z108-116, Z308-315).

Mithilfe interdisziplinärer und interprofessioneller Zusammenarbeit soll an einem gemeinsamen Ziel gearbeitet werden (vgl. TI6 Z73-75). Teamarbeit sollte nicht hierarchisch gestaltet sein, sondern geschieht auf Augenhöhe. Gemeinsame Teamsitzungen können fallbezogen oder kooperationsbezogen stattfinden, dabei sollen die unterschiedlichen Denk- und Berufsperspektiven einfließen. Die Teammitglieder müssen zeitgleich im Dienst sein, um persönlich miteinander zu kommunizieren. Zusammenarbeit ist nicht ausschließlich die Kommunikation per Fax oder Telefon (vgl. TI3 Z13-36).

Die Zuständigkeiten der unterschiedlichen Professionen müssen allen Teammitgliedern bewusst sein. Dadurch ist auch definiert, über welchen Thematiken mit den jeweiligen Professionist*innen gesprochen werden kann. Ausschlaggebend für funktionierende Zusammenarbeit ist das gegenseitige Vertrauen. Bei Überforderung mit einer Problematik kann eine Variation an Handlungsansätzen generiert werden, da die Berufsgruppen unterschiedliche Perspektiven haben (vgl. TI4 Z47-58). Das Wissen und die Fähigkeiten der anderen Teammitglieder werden anerkannt und sind jedem bewusst. Die verschiedenen Berufsgruppen können auf das Wissen aller zugreifen und machen ihr Wissen für alle nutzbar (vgl. TI5 Z29-35).

5.2 Verständnis der Professionist*innen von Drehtüreffekt / Drehtürpatient*innen

Ebenso wie das Verständnis der befragten Personen von Teamwork, unterscheidet sich die Definition für Drehtüreffekt oder Drehtürpatient*innen. Eine der befragten Personen verwendet die Begriffe Drehtürpatient*innen und Drehtüreffekt nicht in ihrer Arbeit (vgl. TI6 Z65).

Für eine befragte Person sind Drehtürpatient*innen Personen, die ein Angebot wiederholt in Anspruch nehmen. Sie haben unterschiedliche Symptome, die allerdings aufgrund der gleichen Ursache entstehen. Da die Ursache schwierig herauszufinden ist und daher kaum bearbeitet werden kann, kommen die Patient*innen immer wieder. Die Problematik zu lösen, benötigt viel Engagement und Motivation der Betroffenen (vgl. TI4 Z172-181).

Eine andere Definition für Drehtürpatient*innen umfasst den regelmäßigen Krankenhausaufenthalt oder das regelmäßige Aufsuchen verschiedener Einrichtungen mit dem Ziel, ein passendes Angebot zu finden (vgl. TI2 Z244-246).

Der Drehtüreffekt wird mit Psychiatrien assoziiert, da Personen nur in akuten Krisen stationär aufgenommen werden, kommt es zu einem Drehtüreffekt (vgl. TI1 Z203; TI3 Z257-259). Eine

Ursache des Drehtüreffekts ist, laut einer befragten Person, eine vergangene Spitalsreform, durch die Patient*innen schneller entlassen werden (vgl. TI3 Z253-257).

5.3 Drehtüreffekt im Primärversorgungszentrum

„i glaub auch das wir a paar Drehtürleute haben aber bei uns intern das heißt sie gehen von einem Angebot zum anderen und suchen das was für sie passt ahm was aber komplett in Ordnung ist bei uns intern ahm aber wir versuchen halt zu schauen das [...] sie ned unbedingt [ins] Krankenhaus müssen [...] weils ned das finden [was] für sie passt.“ (TI2 Z246-250)

Innerhalb des Primärversorgungszentrums gibt es Patient*innen, die verschiedene Angebote regelmäßig in Anspruch nehmen. Durch die Vielfalt an Angeboten, wie Einzelfallarbeit oder Gruppenangeboten sowie die Behandlung durch verschiedene Berufsgruppen, findet ein Teil der Patient*innen adäquate Betreuung. Aufgrund von mangelnden Alternativen gibt es auch Patient*innen, die bereits seit Jahren in Behandlung sind und vermutlich noch weiterhin Patient*innen bleiben. Dies ist von der individuellen Situation und Krankheitsgeschichte abhängig (vgl. TI2 Z 252-264).

In Behandlung der Sozialen Arbeit gibt es Patient*innen, die „beim Psychotherapeuten bei da Psychotherapeutin in freier Praxis ah landen sollten.“ (TI1 Z242-243) Die Patient*innen nehmen regelmäßig das niederschwellige, sozialarbeiterische Angebot im PVZ in Anspruch, die passendere Beratung würde allerdings durch eine psychotherapeutische Fachkraft stattfinden. Es ist den Betroffenen nicht möglich die Hürde in die hochschwellige Beratung in freier Praxis zu überwinden (vgl. TI1 Z239-245).

Personen mit chronischen Erkrankungen suchen medizinische Angebote wiederholt auf, für sie gibt es keinen permanenten Behandlungserfolg. Im Falle einer chronischen Erkrankung müssen Angebote gefunden oder entwickelt werden, die eine bestmögliche Betreuung ermöglichen (vgl. TI3 Z232-236). Für einen Teil der chronisch erkrankten Patient*innen scheint die Erkrankung eines der am wenigsten belastenden Probleme zu sein, daher benötigt es weitere, psychosoziale Beratung neben der medizinischen, gesundheitlichen Behandlung (vgl. TI3 Z159-166).

5.4 Voraussetzungen für Teamwork

Eine essentielle Voraussetzung für die Arbeit im Team ist die regelmäßige, gleichzeitige Anwesenheit aller Teammitglieder, wodurch der persönliche Austausch ermöglicht wird (vgl. TI3 Z16-18, Z29). Die Zusammenarbeit muss, ebenso wie die andere Arbeit der Teammitglieder, entlohnt werden (vgl. TI3 Z35-36).

Damit es zu Teamarbeit kommen kann, müssen alle Mitglieder über die Professionen informiert sein und deren Kompetenzen sowie Fähigkeiten kennen (vgl. TI2 Z191-192; TI4 Z47-50). Kommunikation zwischen allen Professionist*innen wird ebenfalls als erforderlich für Teamwork genannt (vgl. TI2 Z130-131). Um Aufgaben aufteilen zu können, ist das

Vertrauen, dass diese Aufgaben gewissenhaft erledigt werden, unerlässlich. Sofern vereinbarte Aufgaben nicht erfüllt wurden und in Folge dessen nachgearbeitet werden muss, kann Zusammenarbeit nicht funktionieren (TI2 Z145-148). Positive Auswirkungen auf die Teamarbeit haben Teamsitzungen in der Großgruppe, diese sollten von Bestehen des Primärversorgungszentrums an organisiert werden (vgl. TI1 T41-44).

Teambuildingaktivitäten, die am Wochenende, außerhalb der üblichen Dienstzeit stattfinden und Seitens der Leitung geplant und initiiert werden, fördern den Zusammenhalt und das Vertrauen innerhalb des Teams. Die Kolleg*innen lernen dadurch die Stärken und Fachgebiete der anderen besser kennen (vgl. TI4 Z77-82).

Eine gemeinsame Sprache, gemeinsame Denk- und Ausdrucksweisen sind keine Voraussetzung für Teamwork. Die unterschiedlichen, berufsspezifischen Begrifflichkeiten müssen bekannt sein, akzeptiert und respektiert werden. Zusammenarbeit bedeutet nicht, dass sich die Professionen angleichen müssen, sondern dass sie einander kennen und verstehen lernen (vgl. TI3 Z 179-197).

„also es gibt jeweils ganz unterschiedliche Denk und Sprachkulturen .. und die muss [man] kennenlernen und und akzeptieren und respektieren lernen. [...] es geht ned darum das die Berufsgruppen jeweils die anderen auf ihre Linie auf ihre Schiene bringen sollten, sondern das ma einfach die unterschiedliche Arbeitsweise einfach respektieren lernt“ (TI3 Z185-188)

5.5 Das Team im Primärversorgungszentrum

Durch Teamwork und die Tätigkeit verschiedener Berufsgruppen im gleichen Haus können Patient*innen ganzheitlich behandelt werden. Dies ist entlastend und bereichernd für die Professionist*innen (vgl. TI1 Z144-152). Durch die Arbeit im Team können Aufgaben aufgeteilt werden, wodurch auch die Verantwortung aufgeteilt wird (vgl. TI2 Z143-144).

Als Aspekt der Zusammenarbeit wird der formelle und informelle Austausch zwischen Expert*innen genannt. Dies schließt gemeinsame Teamsitzungen, Tür- und Angelgespräche sowie die gemeinsame Dokumentation mit ein (vgl. TI1 Z44, Z50-51, Z66; TI2 Z118-127). Durch räumliche Gegebenheiten, wie zwei nebeneinander liegende Büros, kann der Austausch zwischen diesen beiden Professionist*innen gefördert werden (vgl. TI4 Z68-69).

5.5.1 Indikatoren für die Zuweisung zur Sozialen Arbeit

Durch die befragten Allgemeinmediziner*innen sowie die psychotherapeutische Fachkraft wurden Indikatoren genannt, die für eine Zuweisung zur Sozialen Arbeit ausschlaggebend sind. Ebenso wurden die Aufgaben der Sozialen Arbeit aus ihrer Sicht beschrieben.

Patient*innen werden an die Soziale Arbeit weitervermittelt, sofern Unterstützung finanzieller Art, Hilfe bei Anträgen, rechtliche Beratung oder persönliche Ratschläge erforderlich sind (vgl. TI3 Z154-157). Bei einem bevorstehenden oder angedachten Umzug in ein Pflegeheim

werden Sozialarbeiter*innen hinzugezogen. Ein weiterer Indikator, dass sozialarbeiterischer Handlungsbedarf besteht, ist die bestehende oder drohende Eskalation im häuslichen Bereich (vgl. TI6 Z124-127). Patient*innen werden der Sozialen Arbeit zugewiesen, wenn dies „für die Lebensqualität ah was entscheidendes is .. und wenn der Klient einfach von sich aus nicht in der Lage is des in Angriff zu nehmen.“ (TI5 Z119-121)

Soziale Arbeit findet im Primärversorgungszentrum statt, bei Hausbesuchen oder bei Besuchen in Schulen. Ein Tätigkeitsbereich ist die Unterstützung der Klient*innen bei Ansuchen verschiedener Leistungen sowie die Koordination dieser (vgl. TI6 Z115-121). Durch einen weiten Blick auf die familiäre und soziale Situation können unklare Probleme gut durch die Soziale Arbeit bearbeitet werden. Die Lebensbereiche Wohnen, Arbeit, Finanzielles und Familie sind dabei miteinzubeziehen (vgl. TI3 Z209-212). Ebenso sind Entlastungsgespräche mit konkreten Ratschlägen eine Aufgabe der Sozialarbeiter*innen (vgl. TI3 Z173-174).

5.5.2 Die Zuweisung zur Sozialen Arbeit

Die erste Anlaufstelle für Patient*innen im Primärversorgungszentrum sind Allgemeinmediziner*innen. Wenn bei einem Termin festgestellt wird, dass sozialarbeiterischer Handlungsbedarf besteht, wird die Person an die Soziale Arbeit überwiesen (vgl. TI1 Z4-5; TI4 Z14-17). Wie die Zuweisung gestaltet ist und kommuniziert wird, entscheidet ob Patient*innen zu Klient*innen der Sozialen Arbeit werden. Eine wertschätzende Art, die Soziale Arbeit zu präsentieren kann Ängste und Misstrauen der Patient*innen abbauen und sie ermutigen das Angebot der Sozialen Arbeit in Anspruch zu nehmen (vgl. TI4 Z160-170). Der konkrete Vorgang der Zuweisung unterscheidet sich in den verschiedenen Primärversorgungszentren.

Eine Möglichkeit, diesen Vorgang zu gestalten, ist die Überweisung über einen Zwischenschritt, die Ordinationsassistent*innen, zu organisieren. Die Patient*innen werden durch die Allgemeinmediziner*innen eingeladen, sich bei den Ordinationsassistent*innen einen Termin bei der sozialarbeiterischen Fachkraft auszumachen. Die Entscheidung, ob sich die Patient*innen einen Termin geben lassen, treffen sie selbstständig nachdem sie den Behandlungsraum verlassen haben. Sofern ein Termin vereinbart wird, erscheint dies am Kalender der zuständigen sozialarbeiterischen Fachkraft. In der Patient*innenkartei ist ein Hinweis bezüglich des sozialarbeiterischen Handlungsbedarfs formuliert (vgl. TI1 Z13-17).

Eine andere Möglichkeit, die Überweisung zur Sozialen Arbeit zu gestalten ist einen Anruf von der sozialarbeiterischen Fachkraft bei den Patient*innen zu organisieren. Auch in diesem Fall wird die Fragestellung in der Dokumentation vermerkt (vgl. TI4 Z15-22).

Die dritte Variante, die durch die Forschung erhoben werden konnte, unterscheidet sich von den ersten beiden, da in diesem Fall persönlicher Kontakt zwischen Arzt*Ärztin, Sozialarbeiter*in und Patient*in besteht. Der*Die Sozialarbeiter*in ist im Haus anwesend und kann bei Bedarf direkt in das Ordinationszimmer geholt werden. In einem gemeinsamen Gespräch wird der Handlungsbedarf geklärt (vgl. TI4 Z7-19). Durch das gemeinsame

Gespräch werden Ängste der Klient*innen abgebaut. Der Einschätzung einer sozialarbeiterischen Fachkraft nach, würde die überwiegende Mehrheit der Patient*innen nicht bei der Sozialen Arbeit ankommen, wenn die Zuweisung zur Sozialen Arbeit nicht mittels gemeinsamen Ärzt*innen-Sozialarbeiter*innen-Patient*innen Gespräch gestaltet wäre (vgl. TI2 Z164-167).

5.5.3 Zuweisung ohne Ärzt*innen

Die Zuweisung zur Sozialen Arbeit geschieht nicht ausschließlich durch Allgemeinmediziner*innen, auch andere Berufsgruppen wie Psychotherapeut*innen können Patient*innen vermitteln (vgl. TI5 Z23-25). Wie mit Patient*innen umgegangen wird, die die Soziale Arbeit in Anspruch nehmen wollen, ohne Patient*innen der Ordination zu sein variiert zwischen den Primärversorgungszentren.

In einem Interview stellt sich heraus, dass dies nicht möglich ist, da eine Überlastung befürchtet wird. Durch das Öffnen des Angebots könnten vermehrt Personen kommen, die nicht Patient*innen des PVZs sind, wodurch eine sozialarbeiterische Praxis entstehen könnte. Daher ist das Angebot der Sozialen Arbeit ausschließlich für Ordinationspatient*innen zugänglich (vgl. TI1 Z18-22).

Bei Angeboten außerhalb der Einrichtung, die durch Primärversorgungszentren organisiert werden, wie zum Beispiel gemeinsames Kochen oder sportliche Aktivitäten, wurde die Erfahrung gemacht, dass ordinationsfremde Personen kommen (vgl. TI4 Z 33-35; TI2 Z56-60). In einem PVZ müssen diese Personen künstlich zu Patient*innen gemacht werden, es muss eine Überweisung des*der Allgemeinmediziner*in organisiert werden (vgl. TI4 Z35-38). In einem anderen PVZ können Personen die Soziale Arbeit auch ohne Zu- oder Überweisung aufsuchen (vgl. TI2 Z224-225).

5.5.4 Formeller und informeller Austausch im Team

In allen beforschten Primärversorgungszentren gibt es mindestens einmal pro Monat eine Teamsitzung (vgl. TI1 Z60-61; TI2 Z240; TI3 Z41; TI4 Z88; TI6 Z57-58). Bei den regelmäßigen Teamsitzungen wird gemeinsam reflektiert, ob es weitere Unterstützungsmaßnahmen für Patient*innen benötigt, oder ob die aktuellen ausreichend sind (vgl. TI5 Z71-76). Der weitere Austausch zwischen den Berufsgruppen ist teilweise strukturell vorgegeben und teilweise informell (vgl. TI2 Z118-127; TI4 Z80-93; TI1 Z60-61).

Der Austausch in einem der beforschten PVZs gestaltet sich wie folgt: Zwischen den Kolleg*innen findet Kommunikation auf mehreren Ebenen statt. Zunächst wurden ausschließlich Tür- und Angelgespräche angedacht, allerdings hat sie herausgestellt dass verschiedene Formen der Informationsweitergabe praktiziert werden. Einmal pro Monat kommt es bei den Teamsitzungen zu Fallbesprechungen, dabei werden Problematiken in einer großen Gruppe besprochen. Durch die Vielfalt an anwesenden Personen und Berufsgruppen können Problematiken aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet

werden. Aufgrund der Gruppengröße werden in diesen Teamsitzungen allerdings kaum Einzelfragen gestellt. Die Situation abends, wenn weniger Patient*innen anwesend sind, wird für Fallbesprechungen zwischen Tür und Angel genutzt (vgl. TI1 Z56-68).

Eine befragte Person erläutert, dass es zwischen den diensthabenden Ärzt*innen, Krankenpfleger*innen und Ordinationsassistent*innen tägliche, morgendliche Teambesprechungen gibt (vgl. TI6 Z21-24). „anschließend haben wir eine kurze ah Morgenbesprechung im Team. Das Team bedeutet Ärzte, Krankenschwester diensthabende und die diensthabende [...] Ordinationsassistentinnen“ (TI6 Z21-23)

In einem weiteren der beforschten Primärversorgungszentren gibt es auf struktureller Ebene wöchentliche Gespräche zwischen Sozialarbeiter*innen und Allgemeinmediziner*innen. Dabei wird über Patient*innen gesprochen und entschieden, ob es zusätzlichen Unterstützungsbedarf gibt, und ob es extern passendere Angebote gibt die hinzugezogen werden können (vgl. TI2 Z118-122).

Der Austausch zwischen Sozialarbeiter*innen oder zwischen Sozialarbeiter*innen und Psychotherapeut*innen ist in den Arbeitsalltag integriert. Je nach Bedarf wird informell miteinander kommuniziert. Die Kolleg*innen kontaktieren einander, wenn es Unsicherheiten bezüglich des weiteren Betreuungsverlaufes gibt und eine Zuweisung zu einer anderen Profession angedacht wird, oder Unterstützung bei einem Hausbesuch erforderlich ist (vgl. TI4 Z70-74; TI2 Z122-127).

5.5.5 Dokumentation

Ein Faktor, der die Informationsweitergabe positiv beeinflussen kann, ist die Dokumentation. Durch das Dokumentieren in derselben Datenbank ist der elektronische Austausch gesichert. Das System ist so gestaltet, dass alle Mitarbeiter*innen auf die Dokumentation zugreifen können, ausgenommen der psychotherapeutischen Dokumentation (vgl. TI1 Z50-54; TI4 Z14-18; TI5 Z11-12). Die gemeinsame Datenbank wird genutzt, um über den Behandlungsverlauf zu berichten. Wenn eine fachliche Behandlung oder Beratung abgeschlossen ist, wird eine Zusammenfassung darüber geschrieben, und dies dem*der zuweisenden Allgemeinmediziner*in mitgeteilt. Andernfalls gäbe es für die Ärzt*innen keinen Anlass die Patient*innenakte zu lesen (vgl. TI1 Z69-80, Z125-128).

Durch den*die Sozialarbeiter*in wird die Symptomatik sowie Anamnese dokumentiert, die genaue Intervention hat dabei einen geringen Anteil. Dies unterscheidet sich von der Herangehensweise der Ärzt*innen (vgl. TI1 Z134-140).

Die Möglichkeit auf die medizinische Dokumentation zuzugreifen macht zum einen Stolz, da auf dieser Ebene eine Gleichberechtigung stattfindet. Andererseits ist es eine Herausforderung, nur für die Tätigkeit relevante Informationen zu lesen (vgl. TI1 Z82-87).

5.6 Die Auswirkungen von Teamarbeit auf die Versorgungsqualität

Durch die Zusammenarbeit mit Berufsgruppen mit unterschiedlichen Fachgebieten ist es möglich, sich auf das eigene Fachgebiet zu konzentrieren. Die verschiedenen Berufsgruppen können sich auf einen Aspekt fokussieren, sie können aber auch nach einen universellen Ansatz arbeiten (vgl. TI1 Z191-193).

„[M]an kann es offener sehen, aus Sicht der Sozialarbeit und der Mediziner aber man kanns auch beschränken und des is doch eine große Freiheit.“ (TI1 Z199-200)

„i glaub schon das durch die enge Zusammenarbeit [...] teilweise wirklich stationäre Aufenthalte verhindert werden können“ (TI2 Z153-155)

Aufgrund des intensiven Austauschs innerhalb des PVZ, sowie mit externen Organisationen müssen Patient*innen in manchen Fällen nicht stationär aufgenommen werden. Bei Personen die bereits Patient*innen im PVZ sind, besteht ein Netzwerk an Helfer*innen. Wenn die Unterstützung einer Profession benötigt wird, kann diese sofort hinzugezogen werden (vgl. TI2 Z157-159).

Für viele Anliegen, die mit Allgemeinmediziner*innen besprochen werden, benötigt es als Erstansprechpartner*in keine Mediziner*innen. Ärzt*innen werden auch bei Problematiken, die nicht primär im Zusammenhang mit Gesundheit oder Krankheit stehen, aufgesucht. Durch Zusammenarbeit können Patient*innen unmittelbar an Expert*innen für ihr Anliegen weitervermittelt werden (vgl. TI3 Z47-55; TI2 Z57-159). Ärzt*innen haben mehr Zeit pro Patient*in sofern sie nur Patient*innen mit medizinischen Anliegen behandeln und jene mit psychosozialen Problematiken an Expert*innen diesen Fachgebiets vermitteln können (vgl. TI3 Z72-74). Dies ist das „Hauptargument für a Kooperation“ (TI3 Z73-74). Anliegen der Patient*innen können durch Teamwork unmittelbar adäquat behandelt werden. Personen sollten nicht erst über Umwege über Mediziner*innen an die für sie erforderlichen Unterstützungsangebote kommen (vgl. TI3 Z79-81).

Sofern die Möglichkeit besteht, gemeinsame Klient*innengespräche zu führen, können Sozialarbeiter*innen bei akuten Krisen direkt die Krisengespräche führen. Dadurch müssen Patient*innen nicht an externe, den behandelnden Personen unbekannte Einrichtungen vermittelt werden (vgl. TI3 Z106-113).

Vorurteile gegenüber der Sozialen Arbeit können durch die Arbeit im Team sowie die Art der Präsentation der Sozialen Arbeit durch Mediziner*innen abgebaut werden. Vor allem in ländlichen Regionen haben Sozialarbeiter*innen den Ruf der „bösen Fürsorgerin“ (TI4 Z154). Sowohl Soziale Arbeit als auch Psychotherapie profitiert von einer wertschätzenden Art der Zuweisung, da dadurch Patient*innen das Angebot in Anspruch nehmen, die dies ohne die Empfehlung der Mediziner*innen nicht getan hätten (vgl. TI4 Z148-170).

Durch den niederschweligen Zugang, der durch die gemeinsame Anstellung verschiedener Berufsgruppen geschaffen wird, suchen Patient*innen zeitgerecht Professionist*innen auf, wodurch ein langer Leidensweg verhindert werden kann (vgl. TI5 Z44-49).

5.7 Die Auswirkungen von Teamarbeit auf den Drehtüreffekt

In manchen Fällen müssen verschiedene Angebote innerhalb des Primärversorgungszentrums in Anspruch genommen werden, bis das passende Angebot gefunden wird. Der Vorteil darin ist allerdings, dass die Patient*innen nicht zu verschiedenen Stellen müssen, sondern durchgehend am gleichen Ort behandelt oder beraten werden. Dadurch müssen sie nicht regelmäßig erneut ihre Vorgeschichte erzählen. Der Einschätzung einer befragten Person zufolge fühlen sich Patient*innen durch die Teamarbeit ernst genommen (vgl. TI2 Z275-282).

Die Ursache von Symptomen zu erkennen oder die passenden Angebote zu finden, ist auch für Expert*innen eine Herausforderung. Innerhalb des Teams sind diese Problematiken einfacher auszuhalten, da es Rückhalt im Team und die Möglichkeit für Feedback gibt. Für Patient*innen mit chronischen Erkrankungen kann die Krankheit durch die Unterstützung eines Teams aus verschiedenen Berufsgruppen einfacher auszuhalten sein (vgl. TI3 Z234-251).

Die Hauptaufgabe der Allgemeinmediziner*innen ist die medizinische Übersetzung von unstrukturierten, vielfältigen, schwer lösbaren Problematiken (vgl. TI3 Z126-131). Wenn Ärzt*innen keine passende Behandlung wissen und die Patient*innen daraus resultierend unheilbar erscheinen, wird unter Umständen eine Vielzahl an medizinischen Untersuchungen durchgeführt. Die Patient*innen werden regelmäßig zu Fachärzt*innen überwiesen, da die Ärzt*innen „irgendwas tun [müssen] bei diesen schwierigen Problemen“ (TI3 Z266). Es werden Befunde geschrieben, allerdings können diese aufgrund der Fülle nicht mehr zusammengefasst werden. Teamarbeit wird als passende Arbeitsweise genannt, um diesen Effekt zu beeinflussen (vgl. TI3 Z260-273).

Der multiprofessionelle Ansatz im Primärversorgungszentrum wirkt sich auf den Drehtüreffekt aus, da die Hemmschwelle der Patient*innen Angebote anzunehmen niedriger ist, wenn sich unterschiedliche Professionen geografisch an einem Ort befinden. Innerhalb des PVZ gibt es die optimalen Bedingungen, um die Ursachen von tieferliegenden Problematiken zu erkennen und zu bearbeiten (vgl. TI4 Z190-191, Z200-203).

„wenn ma des jetzt mit [einer] Wanderung oder mit an Weg vergleicht, sie miasn sie ned ah durch irgendwelche ah Wanderwege die schlecht beschildert sind wo ma jetzt ned weiß welche Kreuzung sollt i nehmen schlängeln. Sondern nein, es wird ihnen die Bahn gelegt, gehen müssens sies selber und ja i glaub das a ah . die optimalen Voraussetzungen gegeben wären für Patienten das aus einem beginnenden Drehtürpatientendaseins gleich amal aussteigen und dem entgegenwirken können“ (TI4 Z193-198)

6 Diskussion

Die beschriebenen Ergebnisse werden in diesem Kapitel hinsichtlich der Forschungsfragen analysiert und interpretiert. Der Fokus liegt dabei auf den potentiellen Auswirkungen von Teamarbeit auf den Drehtüreffekt. Durch die Interpretation der Ergebnisse und der Verbindung mit Fachliteratur wird geklärt, ob Teamwork im Primärversorgungszentrum möglich ist. Anschließend wird die Form der Zusammenarbeit analysiert. Die beiden darauffolgenden Kapitel fokussieren auf den Weg zur ganzheitlichen Behandlung sowie der Zuweisung zur Sozialen Arbeit. Danach wird der Informationsfluss zwischen den Professionist*innen genauer betrachtet. Im letzten Kapitel werden die Auswirkungen von Teamarbeit auf die Vorurteile gegenüber psychosozialer Behandlung erläutert.

6.1 Ist Teamwork im Primärversorgungszentrum möglich?

Hinsichtlich der Arbeit im Primärversorgungszentrum wird von Teamarbeit geschrieben. Die Mitarbeiter*innen sind das „Team rund um den Hausarzt“ (BGA 2014). Im Rahmen der „neuen Primärversorgung“ wird „Das Team rund um den Patienten“ beschrieben (vgl. SV 2017). Dies impliziert, dass Teamarbeit auf der Ebene der Primärversorgung stattfinden soll.

Die Voraussetzungen, um ein Team zu sein und effektiv im Team arbeiten zu können, werden nach Hackmann wie folgt definiert:

1. Die Tätigkeit ist zur Teamarbeit geeignet.
2. Mitglieder definieren sich selbst als Team und werden als Team wahrgenommen.
3. Das Team darf Entscheidungen bezüglich der Teamaufgaben treffen.
4. Die Aufgaben, strukturellen Vorgaben sowie die Teamstruktur sind förderlich für Teamarbeit.
5. Die Organisation unterstützt die Bedürfnisse des Teams.
6. Bei Bedarf werden Coaches und Expert*innen hinzugezogen (vgl. Hackmann 1987; zit. in: Dick / West 2013:8).

Die Arbeit in einem Primärversorgungszentrum kann diese Kriterien erfüllen. Die Tätigkeit ist für Teamwork geeignet und erfordert diese. Die befragten Professionist*innen schließen sich selbst mit ein, wenn sie von „Team“ sprechen (vgl. TI1 Z157). Teamsitzungen finden in unterschiedlichen Konstellationen statt, daher ist unklar, wer Teil des Teams ist. „Team“ kann alle Berufsgruppen im Primärversorgungszentrum miteinschließen oder es sind bestimmte Berufsgruppen gemeint (vgl. TI4 Z88-91; TI6 Z22-23). Für effiziente Teamarbeit muss geklärt werden, welche Personen Teil des Teams sind. Diese Personen müssen sich zum Team zugehörig fühlen und als solches wahrgenommen werden (vgl. Hackmann 1987; zit. in: Dick / West 2013:8).

Die Teammitglieder haben Entscheidungsbefugnis und dürfen sowohl alleine als auch gemeinsam Entscheidungen treffen. Sie entscheiden unter anderem, ob externe Stellen

hinzugezogen werden sollen, oder ob Patient*innen an andere Teammitglieder überwiesen werden (vgl. TI2 Z118-122; TI6 Z124-126).

Die vierte Voraussetzung wird durch die strukturelle Vorgabe der regelmäßigen Teamsitzungen sowie die Aufgabe der ganzheitlichen Behandlung erfüllt (vgl. TI1 Z60-61; BGA 2014:8). Ziel der Primärversorgung ist die Verkürzung von Patient*innenwegen, der niederschwellige Zugang zur Primärversorgung, die Koordination der Betreuung sowie die Unterstützung der Orientierung im Gesundheits- und Sozialbereich (vgl. BGA 2014:8). Die Aufgaben der Verkürzung von Wegen, besseren Koordination sowie Orientierung in verschiedenen Bereichen können als förderlich für Teamarbeit betrachtet werden. Da es die Möglichkeit der Supervision sowie Teambuildingmaßnahmen gibt, werden auch die letzten beiden Punkte erfüllt (vgl. TI6 Z89-93).

Es ist möglich, alle durch Hackmann (1987) definierten Voraussetzungen für Teamarbeit im PVZ zu erfüllen. Die Bedingung, dass sich alle Teammitglieder als solche definieren, kann erfüllt werden, sofern alle Beteiligten die Bereitschaft dazu haben und dies aktiv gefördert wird. Die seitens der befragten Personen genannten Voraussetzungen für Zusammenarbeit sind den Forschungsergebnissen zufolge erfüllbar. Keine der befragten Personen hat selbst Indikatoren genannt, die vermuten lassen, dass die Voraussetzungen aktuell nicht erfüllt werden.

Die Unterfrage „Welche Voraussetzungen müssen gegeben sein damit Teamarbeit gelingen kann?“ kann durch die Analyse der Forschungsergebnisse beantwortet werden. Zusammengefasst ist das gegenseitige Vertrauen, die Kenntnis der Kompetenzen der anderen, persönliche Kommunikation, die gewissenhafte Erledigung von Aufgaben sowie die Akzeptanz der Berufsspezifischen Denk- und Ausdrucksweisen aus Sicht der befragten Professionist*innen erforderlich für Teamwork.

6.2 Interprofessionelle oder multiprofessionelle Teamarbeit?

Zur Stärkung und Neuausrichtung der Primärversorgung wurde im Jahr 2014 durch die Bunds-Zielsteuerungskommission das „Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich“ beschlossen. Durch Multiprofessionalität soll die patient*innenorientierte Ausrichtung des Gesundheitssystems gefördert werden. Ebenso werden Teammitglieder durch die multiprofessionelle Zusammenarbeit entlastet, wodurch ihnen die Konzentration auf die medizinische, therapeutische oder pflegerische Tätigkeit ermöglicht wird. Die in der Primärversorgung erforderliche Fähigkeit zur Teamarbeit soll durch interprofessionelles Training im Rahmen der Ausbildung aller Gesundheitsberufe erlernt werden. Für bereits in der Primärversorgung tätige Personen sind Fort- und Weiterbildungen hinsichtlich interprofessioneller Bildungskonzepte zu erstellen (vgl. BGA 2014:7, 17).

Das Verständnis der Professionist*innen im Primärversorgungszentrum ist durch intensiven Austausch, Kommunikation auf Augenhöhe, Vertrauen, Aufgabenteilung, Kennen der

Kompetenzen und persönlichen Kontakt gekennzeichnet (vgl. TI3 Z13-36). Zusammenarbeit wird als gemeinsames agieren in Situationen und bei Schwierigkeiten definiert (vgl. TI4 Z56-58). Den Aussagen der Professionist*innen zufolge ist ihr Verständnis von Zusammenarbeit zwischen Interprofessionalität und Multiprofessionalität angesiedelt. Die interprofessionelle Form der Zusammenarbeit liegt in der Mitte des Spektrums, zwischen multiprofessioneller und transprofessioneller Zusammenarbeit. Das Addieren der Kompetenzen der Einzelnen erzeugt keine Interprofessionalität. Alle Beteiligten bringen ihre Kompetenzen ein und kommunizieren verständlich. Die Sichtweisen aller Mitglieder werden verbunden, um eine gemeinsame, praktische Lösung zu erarbeiten. Die interprofessionelle Zusammenarbeit ist laut Sottas ein Schlüsselkonzept im Gesundheitssystem (vgl. Sottas 2013:25). Daraus lässt sich schließen, dass interprofessionelle Zusammenarbeit die angestrebte Form von Zusammenarbeit sein sollte.

Das Verständnis der befragten Personen von Teamwork deckt sich nicht vollständig mit der aktuell praktizierten Form. Das Verständnis ist durch intensivere Arbeit zwischen allen Berufsgruppen geprägt, als tatsächlich stattfindet oder durch das Konzept gefragt ist. Den Forschungsergebnissen zufolge wird vor allem der Austausch zwischen Berufsgruppen mit ähnlichem Fokus gefördert. Dies entspricht einer interdisziplinären Art der Zusammenarbeit. Durch die Auswertung der Daten bezüglich der aktuellen Gestaltung von Teamwork wurden Aspekte erkannt, die für eine multiprofessionelle Zusammenarbeit sprechen. Multiprofessionelle Arbeit ist nach Sottas das Arbeiten nebeneinander. Die Kompetenzen und das Wissen der Einzelnen werden zusammengefügt, es gibt kaum Interaktion und tatsächliche Zusammenarbeit (vgl. Sottas 2013:25). Da allerdings eine ganzheitliche Behandlung, mit gleichwertiger Betrachtung der drei Ebenen bio, psycho und sozial angestrebt wird, ist der Austausch zwischen Berufsgruppen mit unterschiedlichem Fokus unerlässlich.

6.3 Kompetenzen und Aufgaben der Sozialen Arbeit

Das Kennen der Aufgaben und Kompetenzen aller Berufsgruppen ist für die Teamarbeit sowie die Versorgungsqualität von hoher Relevanz. Durch die befragten Personen wurde dieser Aspekt häufig genannt.

Die Vorannahme, Soziale Arbeit hätte kein klares Aufgabengebiet und würde vorwiegend Patient*innen zugewiesen bekommen, für die durch andere Expert*innen keine Lösung gefunden wurde, konnte nicht bestätigt werden. Soziale Arbeit hat im PVZ konkrete Aufgaben, ebenso gibt es Indikatoren, nach denen Patient*innen zugewiesen werden. Allerdings sind diese Aufgaben und Indikatoren nicht vollständig und konnten nicht durch alle befragten Personen konkret benannt werden. Daraus lässt sich interpretieren, dass nicht alle, im PVZ tätigen Personen, über die Kompetenzen der Sozialen Arbeit informiert sind. Dadurch kann sich der Weg von Patient*innen die sozialarbeiterische Behandlung benötigen, verlängern.

6.4 Der Weg zu adäquaten Behandlung

Aus Sicht der Professionist*innen hat die Zusammenarbeit Auswirkungen auf die eigenen Arbeit sowie die Patient*innen. Daraus resultiert, dass sie auch einen Einfluss auf die Versorgungsqualität hat. Die Strukturen innerhalb des Primärversorgungszentrums sind vorgegeben, daher ist es für Patient*innen einfacher, das für sie richtige Angebot zu finden. Dies entspricht zum einen der Niederschwelligkeit und zum anderen dem Handlungsansatz der Sozialen Arbeit „Hilfe zur Selbsthilfe“. Patient*innen wird der nahezu eigenständige Zugang zur ganzheitlichen Behandlung ermöglicht.

Die erste Ansprechperson im Primärversorgungszentrum ist zumeist der*die Allgemeinmediziner*in, diese*r muss die Fähigkeiten und Kompetenzen der anderen Professionist*innen kennen, um Patient*innen rasch an die passende Stelle zuzuweisen. Bei Personen mit multiplen Belastungen erscheint es eine Herausforderung, den passenden Betreuungsbedarf herauszufiltern. Daher werden Patient*innen möglicherweise an verschiedene Fachärzt*innen weiterverwiesen, ohne dass es zu einer Besserung der Symptomatik kommt (vgl. TI3 Z260-273). Um Patient*innen optimal behandeln zu können, muss die medizinische und psychosoziale Abklärung gleichwertig betrachtet werden. Durch die gegenseitige Beratung, und die Perspektiven verschiedener Berufsgruppen kann der adäquate Behandlungsbedarf schneller erkannt werden. Dies bewirkt, dass Patient*innen rascher adäquate Behandlung bekommen. Sofern der adäquate Betreuungsbedarf ermittelt wird und die Patient*innen rasch zugewiesen werden, kann einer Manifestierung ihrer Symptome entgegengewirkt werden. Durch die passende Zuweisung müssen die Patient*innen nicht wiederholt Angebote, die nicht optimal für sie sind, in Anspruch nehmen.

Sofern allerdings nicht direkt das passende Angebot gefunden wird, kann es innerhalb des Primärversorgungszentrums zum Drehtüreffekt kommen. Da Patient*innen die Angebote eines Teams annehmen, müssen sie nicht erneut die Vorgeschichte erzählen (vgl. TI2 Z191-193, Z246-250, Z275-282). Der Interpretation zufolge kann es sowohl für Patient*innen als auch Professionist*innen ein Vorteil sein, wenn Personen innerhalb einer Einrichtung bleiben. Dadurch ist die Einrichtung den Patient*innen vertrauter, und es fällt leichter, Problematiken anzusprechen. Die Professionist*innen können sich innerhalb des Teams austauschen und aus verschiedenen Perspektiven Handlungsansätze entwickeln. Zudem wird durch Teamarbeit das Risiko Fehlentscheidungen zu treffen gemindert, wodurch die Wahrscheinlichkeit größer ist, dass Patient*innen korrekt behandelt werden (vgl. Erger 2012:9).

Dass es zu einem „Binnendrehtüreffekt“ kommen kann, wurde von jener Person (TI2) angesprochen, die Indikatoren genannt hat, die für interprofessionelle Teamarbeit sprechen, und von intensivem Austausch zwischen den Berufsgruppen geprägt sind. Daraus kann die Hypothese gebildet werden, dass der Binnendrehtüreffekt nur durch Zusammenarbeit wahrgenommen wird. Nur wenn innerhalb des PVZ-Teams kommuniziert wird, kann das Phänomen des Drehtüreffekts erkannt werden.

6.5 Die Zuweisung zur Sozialen Arbeit

Die Überweisung oder Zuweisung von Patient*innen zu Fachärzt*innen ist klar organisiert und strukturell vorgegeben. Der Bedarf wird ermittelt, sie bekommen eine Überweisung und werden mit einer konkreten Fragestellung aufgefordert, sich einen Termin zur fachärztlichen Beratung auszumachen (vgl. BMASGK 2019). Für die Zu- und Überweisung zur Sozialen Arbeit gibt es keinen vorgegebenen Ablauf. Die klaren Vorgaben für Zu- und Überweisungen zu Fachärzt*innen können für die Soziale Arbeit im Primärversorgungszentrum nicht übernommen werden. Dies würde der Niederschwelligkeit und Bedürfnisorientierung der Primärversorgung widersprechen (vgl. BMASGK 2015).

Die Zuweisung von Patient*innen zur Sozialen Arbeit seitens des medizinischen Fachpersonals stellt einen konkreten Anlassfall für Zusammenarbeit zwischen den beiden Professionen dar. Es kommt zum Austausch, da die sozialarbeiterische Fachkraft über die Fragestellung und den Handlungsbedarf informiert werden muss. Dies geschieht schriftlich über die Dokumentation oder persönlich in einem gemeinsamen Gespräch (vgl. TI1 Z106-112; TI4 Z16-19; TI2 Z16-19).

Wie sich die Zuweisung gestaltet, hat einen direkten Einfluss auf die Patient*innen, da sie entweder selbst einen Termin vereinbaren müssen, angerufen werden oder direkt den Handlungsbedarf mit Allgemeinmediziner*innen und Sozialarbeiter*innen besprechen. Wie Soziale Arbeit präsentiert wird, wirkt sich darauf aus, ob das Angebot in Anspruch genommen wird. Wenn der*die Sozialarbeiter*in direkt ins Ordinationszimmer geholt wird, können Ängste und Zweifel abgebaut werden und der*die Klient*in bekommt unmittelbar die benötigte Unterstützung.

Die Zuweisung zur Sozialen Arbeit ist gleichzeitig der Weg der Patient*innen zur Sozialen Arbeit und dementsprechend womöglich der Weg zur passenden Beratung. Die Art der Zuweisung hat, ebenso wie der Zeitpunkt der Zuweisung, Einfluss auf den weiteren Behandlungsverlauf. Daraus ergibt sich, dass dies in weiterer Folge den Drehtüreffekt beeinflussen kann. Es kann davon ausgegangen werden, dass Krisen abgefangen werden können, sofern Patient*innen zeitgerecht und auf eine für sie annehmbare Art psychosoziale Beratung erhalten. Andernfalls können sich Krisen oder Problematiken manifestieren, dadurch wird es schwieriger die tatsächliche Ursache zu erkennen und die passende Behandlung zu finden. In diesem Fall könnten die Personen zu Drehtürpatient*innen werden.

Aus den Forschungsergebnissen lässt sich ableiten, dass Patient*innen durch Teamwork rascher ganzheitliche Behandlung erhalten, da die Kompetenzen aller Berufsgruppen bekannt sind. Bei einem gemeinsamen Patient*innen-Ärzt*innen-Sozialarbeiter*innen-Gespräch ist es gesichert, dass Kontakt zwischen Patient*in und Sozialarbeiter*in hergestellt wird. Diese Form der Zuweisung erfordert zeitgleich intensive Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeiter*innen und Ärzt*innen.

6.6 Informationsweitergabe durch Dokumentation

Die Gesundheits- und Sozialberufe sollen in engen und regelmäßigen Kontakt stehen, um sich über zu behandelnde Personen auszutauschen (vgl. BGA 2013:16). In welcher Regelmäßigkeit der Austausch stattfinden soll und was konkret unter einem „engen Kontakt“ verstanden wird, ist durch die BGA nicht genauer definiert.

Laut Definition der Bundesgesundheitsagentur ist das Team des PVZ „Drehscheibe für die Vernetzung mit den anderen Versorgungspartner durch gemeinsame Dokumentation und Informationsbasis“ (BGA 2013:15). Daraus ergibt sich, dass es ein gemeinsam zugängliches Dokumentationssystem geben muss.

Durch die gemeinsame Dokumentation innerhalb des PVZ sind die Informationen für alle Mitarbeiter*innen zugänglich, allerdings werden Akten nur im Anlassfall gelesen. Es gibt keine Vorgabe und keinen standardisierten Weg, wie und ob Ärzt*innen nach einer erfolgten Beratung informiert werden. Dies bedeutet, dass zuständige Ärzt*innen nach einer getätigten Zu- oder Überweisung nicht mehr über den Behandlungsverlauf informiert sind, obwohl der*die Patient*in weiterhin im selben Haus behandelt wird (vgl. TI Z69-80; Z125-128). Ärzt*innen können dadurch nicht gesichert wissen, ob die Zuweisung passend war und ob die Patient*innen adäquate Behandlung oder Beratung erhalten. Sofern die Patient*innen erneut erscheinen und deshalb die Patient*innenakte gelesen wird, erfahren die Ärzt*innen wie die Behandlung verlief. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass es passieren könnte, dass Ärzt*innen nicht erfahren, dass Zuweisungen zur richtigen Stelle erfolgt sind, da die Patient*innen im Fall der optimalen Unterstützung die Ordination nicht erneut aufsuchen.

Um gute Arbeit leisten zu können, ist es unerlässlich alle benötigten Informationen zu bekommen. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit der Informationsweitergabe innerhalb des Teams im Primärversorgungszentrum. Ein Aspekt der Informationsweitergabe ist das gemeinsame Dokumentationssystem, dies sollte effizient genutzt werden. Ebenso muss ausreichend zeitliche Ressource zur Verfügung stehen um den Austausch zwischen den Professionist*innen zu ermöglichen.

Sofern Patient*innen auch durch externe Stellen unterstützt werden, ist eine Vernetzung mit diesen erforderlich. Der Austausch und die Informationsweitergabe müssen datenschutzkonform sein und dürfen nicht der Verschwiegenheitspflicht von Sozialarbeiter*innen widersprechen.

6.7 Vorurteile gegenüber psychosozialer Beratung

Gegenüber psychosozialer Beratung und Unterstützung gibt es Vorurteile und Ängste. Die Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen im Gesundheits- und Sozialbereich erzeugt eine Offenheit der Gesellschaft. Die Hemmschwelle, psychosoziale Unterstützung oder Beratung anzunehmen sinkt (vgl. TI5 Z55-56; TI4 Z149-158). Personen die aufgrund von Vorurteilen gegenüber psychosozialer Beratung bisher keine Unterstützung

angenommen haben, können durch die niederschwellige Gestaltung Soziale Arbeit kennenlernen. Dadurch wird ihnen ermöglicht ganzheitliche Behandlung zu erhalten.

Dieser Faktor könnte sich auf den Drehtüreffekt auswirken, da Personen dadurch rascher adäquate Behandlung erhalten können. Der Drehtüreffekt könnte somit direkt zu Beginn beeinflusst oder gestoppt werden.

7 Resümee

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die Zusammenarbeit zwischen den unterschiedlichen Berufsgruppen innerhalb des Primärversorgungszentrums einen positiven Einfluss auf die Versorgungsqualität haben kann. Durch Teamwork zwischen Sozialarbeiter*innen und anderen Berufsgruppen können Zuweisungen effizienter und passender gestaltet werden. Patient*innen bauen durch die Teamarbeit im PVZ Vorurteile gegenüber psychosozialer Beratung ab. Der Rückhalt innerhalb des Teams wirkt entlastend, die Möglichkeit Feedback zu erhalten und sich über schwierige Fälle auszutauschen, ist gegeben. Durch die verschiedenen Blickwinkel werden eher Lösungen für komplexe Problematiken gefunden.

Hinsichtlich der Hauptforschungsfrage „Wie wirkt sich die Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeiter*innen und anderen Berufsgruppen im Primärversorgungszentrum auf den Drehtüreffekt aus?“ konnten Ergebnisse formuliert werden. Die Ergebnisse beziehen sich vorwiegend darauf, welche Aspekte von Zusammenarbeit den Drehtüreffekt beeinflussen. Um konkret zu erforschen welche Auswirkungen Teamwork auf den Drehtüreffekt hat, müsste Forschung betrieben werden, die weit über den Rahmen einer Bachelorarbeit hinausgeht. Als Vorarbeit für diese Forschung sollte ein gemeinsames Verständnis innerhalb der Primärversorgungszentren von Teamarbeit sowie dem Drehtüreffekt erarbeitet werden.

Die Unterfrage „Wie muss Teamarbeit gestaltet sein, um den Drehtüreffekt zu beeinflussen?“ kann durch die Interpretation der Forschungsergebnisse beantwortet werden. Es ist davon auszugehen dass Teamarbeit den Drehtüreffekt immer beeinflusst. Abhängig davon, wie intensiv und auf welchen Ebenen zusammen gearbeitet wird, kann der Drehtüreffekt unterschiedlich beeinflusst werden. In weiterer Folge ergibt sich daraus die Hauptforschungsfrage, welche Auswirkungen Teamwork auf den Drehtüreffekt hat.

Wie Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeiter*innen und anderen Berufsgruppen im Primärversorgungszentrum aktuell stattfindet, konnte durch die Forschung umfangreich beantwortet werden. Wichtige Aspekte der Zusammenarbeit sind die Art der Zuweisung zur Sozialen Arbeit, Teamsitzungen, der informelle Austausch, Kommunikation, Vertrauen, die gemeinsame Dokumentation, sowie das Wissen über die Kompetenzen der anderen Berufsgruppen.

Im Zuge der Forschung und der damit einhergehenden intensiven Befassung mit der Thematik haben sich weitere mögliche Forschungsfragen ergeben. Welche Auswirkungen

die Art der Zuweisung zur Sozialen Arbeit hat, oder wie diese optimal gestaltet sein sollte, ist für die Praxis relevant. Außerdem wäre weitere Forschung zu dem in Kapitel 6.6 beschriebenen Binnendrehtüreffekt möglich.

Abschließend werden die Forschungsergebnisse prägnant wiedergegeben: Die, durch Professionist*innen formulierten Voraussetzungen für Teamwork werden in den Primärversorgungszentren erfüllt. Um die durch Hackman (1987) definierten Aspekte zu erfüllen, müssen sich alle Mitarbeiter*innen als Teammitglieder identifizieren. Relevante Aspekte von Teamwork sind gleichzeitige Anwesenheit aller Teammitglieder, Kommunikation auf Augenhöhe, Vertrauen, Kennen und Respektieren der Kompetenzen aller Berufsgruppen, informeller und formeller Austausch. Der Drehtüreffekt wird durch die Zusammenarbeit von Sozialarbeiter*innen und anderen Berufsgruppen dahingehend beeinflusst, dass Patient*innen rascher adäquat behandelt werden. Somit müssen Angebote nicht wiederholt in Anspruch genommen werden, bis ein passendes gefunden wird, die Suche verkürzt sich oder kann komplett verhindert werden. Sofern kein passendes Angebot gefunden wird, kann es passieren, dass Patient*innen innerhalb des PVZ zu „Binnen-Drehtürpatient*innen“ werden, dies kann nur durch Kommunikation innerhalb des Teams erkannt werden.

7.1 Implikationen für die Praxis

Die Forschungsergebnisse sowie Interpretationen sind für die Praxis von Bedeutung. Der Fokus liegt auf der Zusammenarbeit von Sozialarbeiter*innen und anderen Berufsgruppen im Primärversorgungszentrum. Daher sind die Erkenntnisse der Forschung für alle Personen wichtig, die im Primärversorgungszentrum oder in ähnlich strukturierten Einheiten der Primärversorgung arbeiten. In der täglichen Arbeit ist das Wissen über die Auswirkungen von Zusammenarbeit hilfreich. Zudem lassen sich Teile der Erkenntnisse auch auf die Zusammenarbeit zwischen anderen Berufsgruppen übertragen.

Für die Expert*innen ist es wichtig zu wissen, dass sie über die Fähigkeiten der anderen Berufsgruppen informiert sein müssen. Das Kennen der Kompetenzen sowie das Akzeptieren und Respektieren der berufsspezifischen Denkweisen und Perspektiven ist eine Voraussetzung sowie eine Komponente von Teamwork. Weiters erscheint es essentiell, dass zur Sozialarbeit zuweisende Berufsgruppen, sowie Sozialarbeiter*innen über die Bedeutung der Zuweisung zur Sozialen Arbeit informiert sind. Es muss eine, zum Patient*innenkreis passende Art gefunden werden, die Zuweisungen zu gestalten. Die Erkenntnis, dass Patient*innen innerhalb des Primärversorgungszentrums unbemerkt zu Drehtürpatient*innen werden könnten, ist hervorzuheben.

Ebenso ist die Bedeutung von Zusammenarbeit und dem Rückhalt innerhalb des Teams in der Arbeit mit komplexen Fragestellungen relevant. Durch Zusammenarbeit kann der Drehtüreffekt direkt zu Beginn gestoppt werden. Daraus ergibt sich für Professionist*innen, dass sie, sofern sie einen beginnenden Drehtüreffekt erkennen, aktiver und intensiver

zusammen Arbeiten sollten. Sowie Zusammenarbeit in den Arbeitsalltag integrieren müssen, um ihren Patient*innen die bestmögliche Versorgung zu garantieren.

Durch die Möglichkeit der ganzheitlichen Behandlung, mit gleichwertigem Fokus auf die Ebenen bio, psycho und sozial, kann die Wirkung des Drehtüreffektes auf Patient*innen zu Beginn gestoppt werden. Teamwork kann verhindern, dass Patient*innen erst über Umwege die Behandlung oder Beratung erhalten, die sie benötigen. Diese Erkenntnis ist für alle Gesundheits- und Sozialberufe in der Primärversorgung relevant.

Literatur

Böhmer, Veronika / Schinnerl, Annika (2017): Sozialarbeit im Krankenhaus. Ein Querschnitt der Top-Down- und Bottom-Up-Perspektive. Bachelorarbeit, Fachhochschule St. Pölten.

BGA - Bundesgesundheitsagentur (2014): „Das Team rund um den Hausarzt“. Konzept zur multiprofessionellen und interdisziplinären Primärversorgung in Österreich. https://primaerversorgung.org/wp-content/uploads/2018/04/2016_Team-rund-um-den-Hausarzt.pdf [Zugriff: 10.04.2019]

BMASGK - Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2015): Das Konzept zur Primärversorgung. https://www.sozialministerium.at/site/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitsreform/Das_Konzept_zur_Primaerversorgung [Zugriff: 09.04.2019]

BMASGK - Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (2019): Facharztüberweisung. <https://www.gesundheit.gv.at/gesundheitsleistungen/antraege/ueberweisung-facharzt> [Zugriff: 09.04.2019]

Erger, Raimund (2012): Teamarbeit und Teamentwicklung in sozialen Berufen. 1. Auflage, Berlin: Cornelsen Schulverlage GmbH.

FH St. Pölten (o.A.): Sozialarbeiterische Handlungskonzepte im Gesundheitswesen. <https://www.fhstp.ac.at/de/studium-weiterbildung/soziales/soziale-arbeit-bachelor/projekte1/professionelle-aufsuchende-soziale-arbeit> [Zugriff: 15.04.2019]

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

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

Hackman, Richard (1987): The design of work teams. In: Lorsch, Jay (1987) (Hg.): Handbook of organizational behaviour. Englewood Cliffs: Prentice Hall, S. 315-342.

Mabey, Christopher / Caird, Sally (1999): Building Team Effectiveness. Milton Keynes: Open University Worldwide.

ÖFOP – Österreichisches Forum Primärversorgung im Gesundheitswesen (o.A.): Fragen und Antworten. <https://primaerversorgung.org/fragen-und-antworten/> [Zugriff: 18.01.2019]

Sottas, Beat (2013): Interprofessionelle Zusammenarbeit. Herausforderung für die Gesundheitsberufe. In: biomed austria – Fachzeitschrift für Biomedizinische AnalytikerInnen. 06/2013. 24-16.

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

SV - Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (2017): Die neue Primärversorgung ist Schlüssel zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung. <http://www.hauptverband.at/cdscontent/?contentid=10007.782526> [Zugriff: 15.04.2019]

Van Dick, Rolf / West, Michael A. (2013): Teamwork, Teamdiagnose, Teamentwicklung. Praxis der Personalpsychologie. Band 8, 2. Auflage, Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co KG.

WHO – Weltgesundheitsorganisation (1978): Erklärung von Alma-Ata. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/132218/e93944G.pdf [Zugriff: 08.04.2019]

Daten

ITV1, Interview, geführt von Christine Scheer mit einer Fachkraft der Sozialen Arbeit in der Primärversorgung, 13.02.2019, Audiodatei.

ITV2, Interview, geführt von Christine Scheer mit einer Fachkraft der Sozialen Arbeit in der Primärversorgung, 05.03.2019, Audiodatei.

ITV3, Interview, geführt von Christine Scheer mit einer Fachkraft der Allgemeinmedizin in der Primärversorgung, 05.03.2019, Audiodatei.

ITV4, Interview, geführt von Christine Scheer mit einer Fachkraft der Sozialen Arbeit in der Primärversorgung, 06.03.2019, Audiodatei.

ITV5, Interview, geführt von Christine Scheer mit einer Fachkraft der Psychotherapie in der Primärversorgung, 06.03.2019, Audiodatei.

ITV6, Interview, geführt von Christine Scheer mit einer Fachkraft der Allgemeinmedizin in der Primärversorgung, 07.03.2019, Audiodatei.

TI1, Transkript Interview ITV1, erstellt von Christine Scheer, 28.02.2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI2, Transkript Interview ITV2, erstellt von Christine Scheer, 07.03.2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI3, Transkript Interview ITV3, erstellt von Christine Scheer, 08.03.2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI4, Transkript Interview ITV4, erstellt von Christine Scheer, 09.03.2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI5, Transkript Interview ITV5, erstellt von Christine Scheer, 09.03.2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

TI6, Transkript Interview ITV6, erstellt von Christine Scheer, 10.03.2019, Zeilen durchgehend nummeriert.

Eidesstattliche Erklärung

Ich, **Christine Scheer**, geboren am **16.01.1993** in **Korneuburg**, erkläre,

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

Wien, am 29.04.2019

