

Sozialarbeit trifft Hausarztmedizin

Ergebnisse einer qualitativen Befragung von Sozialarbeitern und Hausärzten

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades

der Hohen Medizinischen Fakultät

der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität

Bonn

Ines Büscher

aus Bergisch Gladbach

2020

Angefertigt mit der Genehmigung
der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn

1. Gutachter: Prof. Dr. med. Detmar Jobst
2. Gutachter: Prof. Dr. rer. medic. Nicole Ernstmann, Diplom-Psychologin

Tag der Mündlichen Prüfung: 05.06.2020

Aus dem Institut für Hausarztmedizin
Direktorin: Prof. Dr. med. Brigitta Weltermann

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	7
1. Einleitung	8
1.1 Hausärzte in Bonn und Umgebung – soziale Aspekte hausärztlicher Versorgung	10
1.2 Sozialarbeit – Definition und Selbstverständnis	10
1.2.1 Klinische Sozialarbeit	11
1.3 Ziel dieser Arbeit	12
2. Material und Methoden	13
2.1 Überblick über den Ablauf	13
2.2 Forschungsfragen	13
2.3 Methodische Grundlagen	13
2.3.1 Qualitative Forschung	13
2.3.2 Die qualitative Inhaltsanalyse	14
2.3.3 Fokusgruppensitzung	17
2.3.4 Experteninterview	17
2.4 Ablauf der Studie	18
2.4.1 Vorstellung der Fokusgruppensitzung	18
2.4.2 Auswertung der Fokusgruppensitzung	19
2.4.3 Abfolge der Analyse	19
2.4.4 Entstehung des Interviewleitfadens für Hausärzte	20
2.4.5 Auswahl der Interviewpartner	21
2.4.6 Einverständniserklärung zu den Interviews	21
2.4.7 Durchführung der Interviews	21
2.4.8 Auswertung der Interviews	22
2.5 Kontrastierung der Ergebnisse mit dem Interview eines Psychiaters	22
2.6 Rahmenbedingungen der Studie	22
2.6.1 Genehmigung durch die Ethikkommission	22
2.6.2 Genutztes Transkriptionssystem	23
2.6.3 COREQ Checkliste	23
2.6.4 Gütekriterien nach Mayring	23

2.7	Interessenkonflikt	23
3.	Ergebnisse	24
3.1	Merkmale der teilnehmenden Hausärzte und Sozialarbeiter	24
3.2	Übersicht über die Kategorien	25
3.3	Rolle der Sozialarbeiter im sozialen System	27
3.3.1	Darstellung der Ergebnisse: Sozialarbeiter	27
3.3.2	Darstellung der Ergebnisse: Hausärzte	27
3.3.3	Zusammenfassung	28
3.4	Rolle der Hausärzte im sozialen System	29
3.4.1	Darstellung der Ergebnisse: Sozialarbeiter	29
3.4.2	Darstellung der Ergebnisse: Hausärzte	30
3.4.3	Zusammenfassung	30
3.5	Aufgedeckte Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Professionen	31
3.5.1	Darstellung der Ergebnisse: Sozialarbeiter	31
3.5.2	Darstellung der Ergebnisse: Hausärzte	32
3.5.3	Zusammenfassung	32
3.6	Sicht auf die Grenzen zwischen Hausarztmedizin und Sozialarbeit	33
3.6.1	Darstellung der Ergebnisse: Sozialarbeiter	33
3.6.2	Darstellung der Ergebnisse: Hausärzte	34
3.6.3	Zusammenfassung	34
3.7	Erwartungen an die andere Berufsgruppe	34
3.7.1	Darstellung der Ergebnisse: Sozialarbeiter	34
3.7.2	Darstellung der Ergebnisse: Hausärzte	35
3.7.3	Zusammenfassung	35
3.8	Die Rolle des Hausarztes in der Arzt-Patienten-Beziehung und sein Umgang mit sozialen Problemen	35
3.8.1	Darstellung der Ergebnisse: Sozialarbeiter	35
3.8.2	Darstellung der Ergebnisse: Hausärzte	36
3.8.3	Zusammenfassung	38
3.9	Vermittlung zwischen Patient und Sozialarbeit	39
3.9.1	Darstellung der Ergebnisse: Sozialarbeiter	39
3.9.2	Darstellung der Ergebnisse: Hausärzte	39

3.9.3	Zusammenfassung	40
3.10	Erfahrungen mit bisherigen Kontakten, Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Hausärzten und Sozialarbeitern	40
3.10.1	Darstellung der Ergebnisse: Sozialarbeiter	40
3.10.2	Darstellung der Ergebnisse: Hausärzte	41
3.10.3	Zusammenfassung	42
3.11	Hindernisse für Zusammenarbeit und Kommunikation (exklusive Information und Finanzierung)	43
3.11.1	Darstellung der Ergebnisse: Sozialarbeiter	43
3.11.2	Darstellung der Ergebnisse: Hausärzte	43
3.11.3	Zusammenfassung	44
3.12	Ansätze für eine Verbesserung der Situation	44
3.12.1	Darstellung der Ergebnisse: Sozialarbeiter	44
3.12.2	Darstellung der Ergebnisse: Hausärzte	45
3.12.3	Zusammenfassung	46
3.13	Wissen über das soziale Netz und Kenntnis voneinander	46
3.13.1	Darstellung der Ergebnisse: Sozialarbeiter	46
3.13.2	Darstellung der Ergebnisse: Hausärzte	47
3.13.3	Zusammenfassung	49
3.14	Finanzierung der Zusammenarbeit	49
3.14.1	Darstellung der Ergebnisse: Sozialarbeiter	49
3.14.2	Darstellung der Ergebnisse: Hausärzte	50
3.14.3	Zusammenfassung	51
3.15	Ergebnisse und Interpretation des Interviews mit einem Psychiater	51
4.	Diskussion	55
4.1	Position der Sozialarbeiter	55
4.2	Position der Hausärzte	57
4.3	Das soziale Netz	58
4.4	Umgang von Hausärzten mit sozialen Problemen	59
4.5	Soziales in der ärztlichen Ausbildung	62
4.6	Bisherige Erfahrungen und Hindernisse der interprofessionellen Beziehung und Kooperation	63

4.7	Nicht-Wissen als Hindernis	64
4.8	Machtgefälle	67
4.9	Grenzen zwischen Medizin und Sozialarbeit	68
4.10	Unterschiedliche Systeme	71
4.11	Kommunikation untereinander	71
4.12	Arbeit auf lokaler Ebene	73
4.13	Finanzierung	74
4.14	Die zukünftige Zusammenarbeit	75
4.15	Stärken und Schwächen	76
4.16	Ausblick	78
5.	Zusammenfassung	81
6.	Abbildungsverzeichnis	83
7.	Tabellenverzeichnis	84
8.	Literaturverzeichnis	85
9.	Anhang	92
9.1	Interviewleitfaden	92
10.	Danksagung	95

Abkürzungsverzeichnis

IfH Institut für Hausarztmedizin

1. Einleitung

„Die Zahl der Menschen, deren Lebenslage sich als prekär erweist, wächst. Insgesamt haben sich Armut und soziale Ausgrenzung verfestigt, die soziale Spaltung hat trotz der positiven Entwicklung von Wirtschaft und Arbeitsmarkt zugenommen.“ (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, 2019). Diese von dem Land Nordrhein-Westfalen dargestellte Tendenz ist auch für den medizinischen Sektor bedeutend. Sie betrifft unter anderem die Allgemeinmedizin, welche die flächendeckende Grundversorgung der Bevölkerung sichert (DEGAM, 2012). Jobst und Joos (2014) belegten, dass in 14,4 % der insgesamt 1706 untersuchten Hausarztkonsultationen neben krankheitsbezogenen auch soziale Anliegen zur Sprache kamen. Bei ungefähr einem Drittel der 14,4 % standen sie sogar ganz im Vordergrund. Ähnliche Resultate fanden Zimmermann et al. (2018), indem sie insgesamt 489 von niedergelassenen Allgemeinmedizinern in Hamburg und Schleswig-Holstein ausgefüllte Fragebögen zu sozialen Problemen in der Hausarztpraxis auswerteten. Sie identifizierten die Bereiche Armut, Arbeit und Einsamkeit als häufigste soziale Patienten Anliegen in der Hausarztpraxis.

Der Zusammenhang zwischen Armut und Krankheit wurde durch zahlreiche Studien belegt (Kohler et al., 2012; Lampert, 2011; Murray 2006; Pfortner, 2013; Weltgesundheitsorganisation, 2004). Krankheit und Armut zusammen – hier sehen sich Ärzte wie Sozialarbeiter in der Pflicht (DEGAM, 2012; International Federation of Social Workers, 2014). Somit stellt sich die Frage nach einer Zusammenarbeit zwischen den beiden Professionen. McGregor et al. (2018) vermuteten, dass Kooperationen eben dieser Berufsgruppen die Gesundheit von Patienten mit komplexen sozialen Bedürfnissen stark verbessern können.

In der internationalen Literatur finden sich wenige Studien, die diese Thematik erforschen. In den bisherigen Erkenntnissen spielt unter anderem die augenscheinlich schwierige professionelle Beziehung zwischen Hausärzten und Sozialarbeitern eine Hauptrolle (Abramson und Mizrahi, 2003; Glaser und Suter, 2016; Kharicha et al., 2005; Mangan et al., 2015). Ein weiteres Augenmerk liegt auf organisatorischen Aspekten, an denen eine Zusammenarbeit bislang häufig scheitert (Kriegel et al., 2020).

Lösungsansätze für gute Kooperationen fanden wir im Zuge der Recherche nur wenige, jedoch existieren schon einige Pilotprojekte (Gesundes Kinzigtal GmbH, 2019; Schulz-Nieswandt et al., 2018). Insgesamt jedoch scheint den Autoren ein Ausbau der Kooperationen zwischen den Berufsgruppen durchaus erwünscht und sinnvoll zu sein (DEGAM, 2012; Döbl et al., 2015; Glaser und Suter, 2016; Keefe et al., 2009; Suter et al., 2009). Da die Gesundheitssysteme und insbesondere die medizinische Versorgung zwischen den Ländern stark variieren, würde für nationale Lösungs- und Umsetzungsvorschläge besonders Literatur aus Deutschland interessieren, welche bislang jedoch spärlich ausfällt, wie Hartung und Schneider (2016) belegen. Genau darin liegen Motivation und Potential des vorliegenden Forschungsprojektes.

Ziel der Arbeit ist die erstmalige Erfassung bestehender Kooperationen zwischen Hausarztmedizin und Sozialarbeit in Bonn und dem näheren Umland. Die Studie befasst sich zudem mit möglichen Problemen in der Zusammenarbeit und leistet einen Beitrag für künftige Kooperationen zur Verbesserung der sozialen Versorgung.

Befragt wurden Hausärzte und leitende Sozialarbeiter im Rahmen qualitativer Verfahren. Die Auswertung stützte sich auf die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring. Textstellen, die zur Beantwortung der Forschungsfragen beitragen werden markiert und im Laufe der Analyse in Kategorien geordnet, sodass eine schematische Sortierung des Textmaterials entsteht. Erst im Anschluss an die schematische Analyse können eigene Interpretationen vorgenommen werden. Die Studie ist Teil des Projektes „So how?“ des Instituts für Hausarztmedizin (IfH) der Universität Bonn, das sich mit der Zusammenarbeit von Hausärzten und Sozialarbeitern im Bonner Raum beschäftigt. Parallel zu vorliegender Arbeit fanden quantitative Befragungen von Sozialarbeitern zu derselben Thematik statt.

Es dürften inzwischen mehr Sozialarbeiterinnen als Sozialarbeiter und ebenfalls mehr Hausärztinnen als früher tätig sein. In dieser Arbeit wurde auf die Aufzählung der jeweils weiblichen und männlichen Form der Substantive verzichtet. Statt beispielsweise Hausärztinnen und Hausärzte aufzuführen, steht die kürzere männliche Form stellvertretend für beide Formen. Dies repräsentiert nicht die Geschlechterverteilung in unserer Studie, sondern dient der Lesbarkeit.

1.1 Hausärzte in Bonn und Umgebung – soziale Aspekte hausärztlicher Versorgung

Gemäß der Fachdefinition der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) kommt der Allgemeinmedizin unter anderem eine „Koordinations- und Integrationsfunktion“ zu (DEGAM, 2002). Neben medizinischen Aspekten stünden der Patient „im Kontext seiner Familie oder sozialen Gemeinschaft“ im Vordergrund (DEGAM, 2002). „Die Familienmedizin ist von zentraler Bedeutung für eine Gesellschaft, die sich im Wandel befindet und damit das Individuum und die Gemeinschaft vor schwierige Aufgaben stellt (Migration, Alterung der Bevölkerung, Zunahme von sozialer Ungleichheit, Arbeitslosigkeit, Verarmung u.a.)“, stellte die DEGAM (2012) in ihrer Zukunftsposition 5 fest. Die „Allgemeinmedizin [biete] einen Ort, der soziale Ungleichheit reduziert“ (DEGAM, 2012). An anderer Stelle schreibt sie: „Hausärztinnen und Hausärzte wollen und müssen zunehmend in hausärztlichen Teams sowie im Team mit Angehörigen anderer Berufsgruppen (insbesondere Medizinischen Fachangestellten, Pflegekräften, Physio-/Ergotherapeuten, Sozialarbeitern etc.) und Disziplinen (anderen Fachärzten, Psychologen etc.) zusammenarbeiten“ (DEGAM, 2012). Hier knüpft vorliegende Arbeit an.

Derzeit praktizieren im Bonner Stadtgebiet inklusive Alfter und Wachtberg 242 Hausärzte. Sie versorgen im genannten Gebiet etwa 370.000 Einwohner. In den direkt angrenzenden Bereichen Bad Honnef, Bornheim, Königswinter, Niederkassel, Rheinbach, Sankt Augustin und Troisdorf belaufen sich die Zahlen auf zusammengefasst 229 Hausärzte und knapp 355.000 Einwohner. Alle genannten Zahlen beziehen sich auf den Stand vom 30.04.2019 (Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, 2019).

1.2 Sozialarbeit – Definition und Selbstverständnis

Der Begriff Sozialarbeit bezieht sich auf eine Berufsgruppe, die sich unter anderem für sozialen Wandel, sozialen Zusammenhalt und das Wohlbefinden der Bevölkerung einsetzt (International Federation of Social Workers, 2014). Ningel (2011) sprach der Sozialarbeit einen ganzheitlichen Blick auf den Menschen inklusive individueller Beratung und interdisziplinärer Koordination zu. Krankheiten spielen in diesem

Zusammenhang eine besondere Rolle. Sie können zu Belastungen führen, andererseits kann soziale Bedürftigkeit wie Schulden, schlechte Wohnverhältnisse, Eheprobleme etc. auch Krankheiten auslösen. Wenn solche Angelegenheiten z.B. in einer Sozialberatung erörtert werden, kann Sozialarbeit zur Genesung beitragen (Ansen, 2008). Durch Überschneidungen mit anderen Berufsbildern gestaltet sich die Abgrenzung der Sozialarbeit schwierig. Ningel (2011) bezeichnete Sozialarbeiter als „Schnittstellenfachleute“ und verdeutlichte so den breiten Aufgabenbereich der sozialen Arbeit. Sozialarbeit wird in der vorliegenden Studie synonym mit sozialer Arbeit verwendet. Im folgenden Abschnitt werden Anhaltspunkte gegeben, welche Aspekte sozialer Arbeit für das Verständnis der vorliegenden Studie bedeutend sind.

Unsere Studie zählt zur Sozialarbeit unter anderem die klassischen Wohlfahrtsorganisationen wie den Deutschen Caritasverband, das Diakonische Werk, das Deutsche Rote Kreuz, die Arbeiterwohlfahrt, die Zentralwohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland sowie den Paritätischen Wohlfahrtsverband. Letzterer versteht sich als Dachorganisation, die viele verschiedene Vereine und Organisationen repräsentiert (Deutscher Bildungsserver, 2019). Zu ihren vielfältigen Tätigkeitsgebieten zählen beispielsweise Schuldnerberatung, Familienhilfe, Drogen- und Suchthilfe, Eheberatung, Selbsthilfe oder Jugendarbeit. Sozialarbeit findet auch medizinnah, zum Beispiel in Pflegeheimen, Krankenhäusern oder Sozialpsychiatrischen Zentren statt. Es handelt sich dabei jedoch nicht um klinische Sozialarbeit.

1.2.1 Klinische Sozialarbeit

Klinische Sozialarbeit stellt eine Spezialisierung innerhalb sozialer Arbeit dar und fußt weniger auf einem klinischen als auf einem biopsychosozialen Verständnis des Menschen (Röh, 2008). Klinische Sozialarbeit befasst sich therapeutisch mit sozialen Gesichtspunkten somatischer und psychischer Erkrankungen und trägt somit dazu bei, „Krankheiten, Behinderungen oder psychosoziale Krisen zu bewältigen oder ihre Folgen zu lindern“ (Ningel, 2011). Geißler-Piltz et al. (2005) siedeln klinische Sozialarbeit zwischen den Disziplinen Medizin und Psychologie an. Somit zählen psychosoziale Beratungen und Kriseninterventionen sowie Sozialtherapie zu ihren Aufgaben (Geißler-Piltz et al., 2005). „Klinisch“ bezeichnet in diesem Zusammenhang den unmittelbaren Kontakt mit den betroffenen Personen und die Übernahme eigener „Beratungs- und

Behandlungskompetenzen“ durch soziale Arbeit (Deutsche Gesellschaft für soziale Arbeit, 2018; Ningel, 2011).

1.3 Ziel dieser Arbeit

Ziel der Studie ist die Erfassung und Evaluierung der bisherigen Beziehung und Kooperationen zwischen Sozialarbeit und Hausarztmedizin. Damit verbundene Probleme sollen erkannt werden. Des Weiteren fasst die Untersuchung die mögliche zukünftige Gestaltung der Zusammenarbeit ins Auge. Es werden qualitative Methoden verwendet, die sich für eine erste Annäherung eignen, da dieses Thema wissenschaftlich bisher weitgehend unbeleuchtet ist.

2. Material und Methoden

Im Folgenden werden das Studiendesign und der Ablauf von Studie und Auswertung detailliert vorgestellt.

2.1 Überblick über den Ablauf

Die Arbeit besteht aus drei Teilen. Zu Beginn fand eine Fokusgruppensitzung mit Teilnehmern in leitenden Positionen der Sozialarbeit Bonns statt. Ausgehend von den in der Fokusgruppensitzung aufgetauchten Ergebnissen wurde ein semistrukturierter Interviewleitfaden für Hausärzte entwickelt. Insgesamt elf Hausärzte wurden befragt. Zur Kontrastierung und Ergänzung fand auch ein Interview mit einem niedergelassenen Psychiater statt. Das Datenmaterial in unserem Projekt besteht aus wörtlichen Abschriften (Transkripten) der Fokusgruppensitzung und der Interviews mit den Ärzten.

2.2 Forschungsfragen

Aus der vorhergehend erläuterten Zielsetzung des Projektes ergaben sich folgende Forschungsfragen:

Welche Rollen nehmen Sozialarbeiter und Hausärzte im sozialen System ein?

Wie gestaltet sich die Beziehung zwischen Hausärzten und Sozialarbeitern bisher?

Welche Erfahrungen in Hinblick auf Kooperationen gibt es?

Welche Hindernisse stehen einer Kooperation im Weg?

Wie könnte eine zukünftige Zusammenarbeit gestaltet und verbessert werden?

2.3 Methodische Grundlagen

2.3.1 Qualitative Forschung

Ziel qualitativer Forschung ist es, „die Wirklichkeit anhand der subjektiven Sicht der relevanten Gesprächspersonen abzubilden“ (Röbken und Wetzels, 2016). Hauptaugenmerk wird auf die Sicht des einzelnen Menschen gelegt, diese wird beschrieben und interpretiert. Es wird nicht gezählt oder statistisch aufbereitet.

Gearbeitet wird in der Regel mit Transkripten aus zum Beispiel Einzelinterviews oder Gruppendiskussionen. Die Datenerhebung findet häufig in der natürlichen Umgebung der Forschungssubjekte statt, etwa am Arbeitsplatz des Befragten. So kann die Alltagssituation möglichst genau wiedergespiegelt werden (Röbken und Wetzel, 2016).

Qualitative Verfahren erlauben eine offene Exploration des Forschungsfeldes, ohne durch Voreingenommenheit der Forscher die Bandbreite möglicher Ergebnisse zu stark zu beschränken (Röbken und Wetzel, 2016). Nicht die Häufigkeit der Antworten, sondern ihre Bandbreite und die verschiedenen Ausprägungen sind zu betrachten (Mayring, 2015). Somit sind alle erhobenen Einzelfaktoren wie auch mögliche Zusammenhänge bedeutend, wobei im Rahmen von qualitativer Forschung von einer Anzahl von Einzelfaktoren auf die Allgemeinheit geschlossen wird. Die daraus erwachsende Hypothesenfindung zählt für den Mitbegründer der qualitativen Inhaltsanalyse in Deutschland, Philipp Mayring (2015) zu den klassischen Aufgaben qualitativer Forschung.

Legt man den bisherigen im deutschsprachigen Raum geringen Forschungsstand zur Interaktion zwischen Hausärzten und Sozialarbeit zugrunde, wird ersichtlich, so die wissenschaftliche Auffassung, dass für die Pionierarbeit eines Forschungsvorhabens qualitative Verfahren durch ihre explorative Kraft eine adäquate Methode darstellen. Vor allem bei der Exploration von Hindernissen der Kooperation und Wünschen zur möglichen Gestaltung der zukünftigen Zusammenarbeit würde eine quantitative Analyse durch vorgegebene geschlossene Fragen möglicherweise zu wenig Raum für die Befragten lassen. Im Rahmen der qualitativen Befragung können die Teilnehmer alle Aspekte einbringen, die sie bedeutsam finden.

2.3.2 Die qualitative Inhaltsanalyse

Aus den verschiedenen Verfahren der qualitativen Forschung kam in diesem Projekt die qualitative Inhaltsanalyse zur Anwendung, da sie das meistverwendete Verfahren ist und sich gut für eine systematische Textbearbeitung eignet (Mayring, 2016). Aus den Texten werden systematisch Informationen extrahiert, die zur Beantwortung der Forschungsfragen beitragen (Gläser und Laudel, 2010). Somit beeinflussen die Forschungsfragen, welche Aspekte für die Analyse relevant sind (Dresing und Pehl, 2017). In der Praxis werden alle betreffenden Textstellen markiert und als Zitate zur

weiteren Bearbeitung gesondert gesammelt. Anschließend soll daraus eine Kategorienordnung erarbeitet werden, die die verschiedenen inhaltlichen Aspekte der bearbeiteten Texte herausstellt und somit eine schematische Sortierung des Textmaterials darstellt. Diese Bearbeitung schafft ein Abbild der geäußerten Ansichten von Sozialarbeitern und Hausärzten. Die Kategorien können während des Extraktionsprozesses verändert und erweitert werden (Mayring, 2015).

Wichtig für die Reliabilität und Reproduzierbarkeit ist die genaue Beschreibung des Vorgehens, sodass die Textbearbeitung nachvollzogen werden kann und freies Interpretieren von Seiten der Forscher möglichst vermieden wird (regelgeleitetes Vorgehen). Interpretationen erfolgen im Zuge der Datenauswertung erst am Ende der textlichen Arbeit. Zudem muss die Analyse theoriegeleitet sein. Das heißt, dass die Fragestellung bzw. Unterfragestellung vorab genau geklärt, „theoretisch an die bisherige Forschung [...] angebunden“ wird und in der Regel konkret ist (Mayring, 2015).

Vor der Kategorienbildung muss der Forscher das Material charakterisieren, um die konkrete Arbeit am Text vorzubereiten. Praktisch orientiert sich die qualitative Inhaltsanalyse an folgendem Fließschema (Mayring, 2015). Das Fließschema wird je nach Analysetechnik modifiziert.

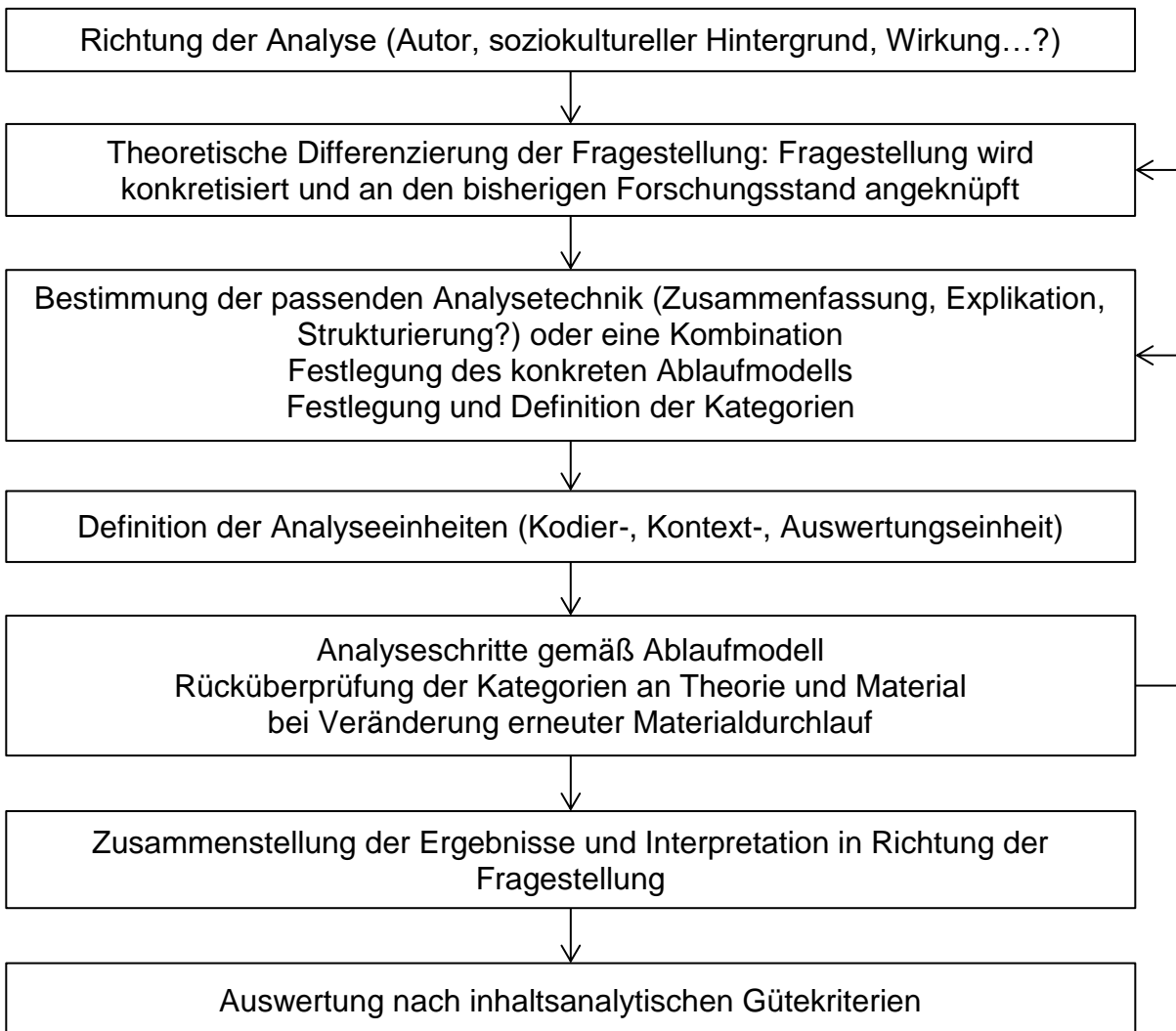


Abb. 1: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell mit Modifizierungen (Mayring, 2015)

Mayring (2015) bietet drei verschiedene Grundtechniken der qualitativen Inhaltsanalyse an: Zusammenfassung, Strukturierung und Explikation. Im Laufe dieser Arbeit wurde die Technik der Zusammenfassung angewandt.

Ziel der Zusammenfassung ist eine Reduktion des Materials, um ein kürzeres, verdichtetes Abbild des ursprünglichen Textmaterials zu schaffen. Bei der Textreduktion dürfen wesentliche Inhalte nicht entfallen, das gesamte Material wird berücksichtigt. Die Zusammenfassung basiert auf induktiver Kategorienbildung, das heißt Kategorienbildung aus dem Text heraus (Mayring, 2015).

Am 10.03.2017 nahm die Autorin vorliegender Arbeit, die Doktorandin Ines Büscher, Medizinstudentin, an einer institutsinternen Fortbildung zum Thema Grundlagen und Prinzipien qualitativer Forschung teil. Leiterin der Fortbildung war Dr. disc. pol. Marx, Research Coordinator und Senior Researcher der Universitätsmedizin Göttingen. Die verschiedenen qualitativen Analyseverfahren wurden erläutert und die Techniken anhand von Beispielen trainiert.

2.3.3 Fokusgruppensitzung

Der Begriff der Fokusgruppensitzung, in der Literatur auch Focus-Group genannt, bezeichnet das Zusammenkommen mehrerer Personen, die unter Leitung eines Moderators in der Regel für ein bis zwei Stunden über einen vorher genau festgelegten Gesprächsgegenstand diskutieren (Morgan, 1988). Der Moderator bereitet wenige präzise Fragen vor, um die Diskussion zu starten und zu fokussieren. Durch die Diskussion in der Gruppe ergibt sich eine Dynamik, welche die Forscher nutzen können, um reichhaltige Informationen und Ansichten über das Forschungsthema zu erfragen und zu dokumentieren.

Die Sitzung ermöglicht gerade auch in frühen Phasen der Forschung den Einstieg in ein wenig bekanntes Forschungsfeld. Zudem lassen sich auf Basis der Ergebnisse von Fokusgruppensitzungen Interviewleitfäden und Fragebögen für weitere Forschungsschritte entwickeln (Morgan, 1988). Aus diesen Gründen wurde die Fokusgruppensitzung mit leitenden Sozialarbeitern als Einstieg in das Forschungsfeld gewählt.

2.3.4 Experteninterview

Aus der Fokusgruppensitzung der Sozialarbeiter wurden semistrukturierte Interviews für Ärzte entwickelt. Diese werden auch als Leitfadeninterviews bezeichnet. Semistrukturiert bedeutet, dass die Interviews durch offene Fragen erzählgenerierend sind. Sie werden auch als Leitfadeninterviews bezeichnet. Ein Leitfaden stellt sicher, „dass in allen Interviews bestimmte Informationen erhoben werden“ (Gläser und Laudel, 2010). Der Interviewer kann sich dem Gesprächsverlauf durch Nach- und Ergänzungsfragen anpassen. Durch die teiloffene Struktur der Leitfadeninterviews konnten die befragten elf Hausärzte wie auch der Psychiater alle Aspekte zu dem Forschungsthema einbringen, die uns und ihnen relevant erschienen.

2.4 Ablauf der Studie

2.4.1 Vorstellung der Fokusgruppensitzung

Zur Exploration des Forschungsfeldes fand die Fokusgruppensitzung am 06.06.2016 im IfH der Universitätsklinik Bonn statt. Die Autorin dieser Dissertationsarbeit, Ines Büscher, war an der Vorbereitung und der Sitzung selber nicht beteiligt.

An der Fokusgruppensitzung nahmen neun leitende Sozialarbeiter aus Bonn teil. Prof. Dr. med. Detmar Jobst, stellvertretender Leiter des IfH der Universitätsklinik Bonn, hatte die Teilnehmer durch ein formelles Schreiben des IfH zu der Sitzung eingeladen. Das Anschreiben erklärte den Teilnehmern, dass die Forscher Erkenntnisse über die örtliche Sozialarbeit gewinnen wollten, um die Versorgung von Patienten durch eine Kooperation von Sozialarbeit und Hausarztmedizin zu verbessern. Durch die Teilnahme erklärten sich die Befragten mit der Aufzeichnung der Sitzung einverstanden. Die Teilnehmer stehen stellvertretend für verschiedene Bereiche der Sozialarbeit. Es wurden leitende Personen gewählt, um auch übergeordnete und erweiterte Aspekte von Sozialarbeit zu erfahren. Der Zugang zu nachgeordneten Sozialarbeitern für Befragungen im Rahmen weiterer Projekte wurde erbeten. Die Teilnehmer kannten sich zum Teil untereinander aufgrund ihrer beruflichen Tätigkeit persönlich. Geleitet wurde die Fokusgruppensitzung von Daniela Mauer, Psychologin M. Sc. und Mitarbeiterin des IfH. Daniela Mauer hatte im Rahmen Ihrer beruflichen Tätigkeit Erfahrung in der Moderation von Fokusgruppensitzungen. Des Weiteren war Prof. Detmar Jobst als Initiator des Projektes sowie Prof. Eva Münster aus dem IfH anwesend.

Die Moderation nutzte folgende drei Fragekomplexe, um der Diskussion eine Richtung zu geben und sie im Fokus zu halten:

- Wie könnten Sozialarbeiter(innen) und Hausärzte/Hausärztinnen durch Kooperation zu mehr Gesundheit und geringerer Bedürftigkeit/Armut unserer Patienten/Patientinnen beitragen? Was behindert eine Kooperation? Gibt es Beispiel aus Ihrem Tätigkeitsbereich für beides?
- Auf welchen Tätigkeitsfeldern könnte eine solche Zusammenarbeit wie aussehen, über das Maß hinaus, das schon beschrieben wurde?

- Wie könnten wir eine schon bestehende Zusammenarbeit am umfanglichsten nachweisen/erforschen? Wie könnten wir Kooperationsdefizite am besten erkennen?

Die Fokusgruppensitzung wurde elektronisch aufgezeichnet und anschließend von Kathrin Feldmann, Mitarbeiterin des IfH, transkribiert. Ines Büscher hörte die Aufnahme ein zweites Mal und nahm geringfügige Präzisierungen vor. Die Länge der Audioaufnahme beträgt 103 Minuten, wobei auch nicht studienbezogene Gespräche zu Beginn und am Ende der Sitzung aufgenommen wurden.

2.4.2 Auswertung der Fokusgruppensitzung

Die Auswertung der Fokusgruppensitzung erfolgte durch die Autorin entsprechend der qualitativen Inhaltsanalyse. Es wurde die Technik der Zusammenfassung angewandt, um alle Inhalte der Fokusgruppensitzung in die Analyse miteinzubeziehen. Die Bearbeitung orientierte sich am Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse, s. Abb. 1 (Mayring, 2015).

Die Richtung der Analyse war, Wissen, Erfahrungen und Einstellungen der Teilnehmer zum Forschungsthema zu erfahren. Es wurden kognitive und inhaltliche Aspekte betrachtet. Nebensächlichkeiten wie Geräusche oder Prozesse innerhalb der Gruppe fanden keine Berücksichtigung. Bedeutend für die Analyse waren die in Kapitel 2.2 genannten Forschungsfragen.

2.4.3 Abfolge der Analyse

Zuerst wurden forschungsrelevante Textstellen bestimmt und in Form von Zitaten gesammelt. Diese wurden unter Angabe von Zeilennummer und chiffrierter Personenangabe aufgelistet. Textstellen, die nicht unter das Forschungsthema fallen, wurden gestrichen.

Die selektierten Textstellen wurden anschließend paraphrasiert. Das heißt, dass sie an Worten und grammatikalisch gekürzt wurden. Dennoch war die Paraphrase im Wortlaut dem Originalzitat gleich. So wurde zum Beispiel aus dem Zitat „Weil ich habe so manchmal den Eindruck, die Professionen sind auch nicht ganz so sprachfähig zueinander“ (B4, Z. 204-205) die Paraphrase „Eindruck, die Professionen sind nicht sprachfähig zueinander“ gebildet.

Im nächsten Schritt wurden die Paraphrasen verallgemeinert (generalisiert). Ziel der Generalisation war eine einheitliche Sprachebene aller Paraphrasen. Sie wurden auf ein sogenanntes gemeinsames Abstraktionsniveau gehoben. Das bedeutet, dass die Paraphrasen weder zu detailreich, noch zu allgemein sein dürfen. Der Informationsumfang der einzelnen Paraphrasen soll ungefähr gleich sein. Aus der oben genannten Paraphrase entstand so die Generalisation „Professionen nicht sprachfähig zueinander“. Es können Generalisationen entstehen, die sich inhaltlich sehr ähneln. Ähnliche Generalisationen wurden gebündelt. Paraphrasen, die sich von vornerein auf der festgelegten sprachlichen Ebene der Generalisation befanden, wurden belassen.

Die generalisierten Paraphrasen wurden dann nacheinander zu Kategorien geordnet. Die Einordnung in Oberkategorien erfolgte thematisch, zum Beispiel wurden alle Generalisierungen in eine Kategorie sortiert, die thematisch zu „Zusammenarbeit, Kontakte und Kommunikation bisher“ passten. Die Einteilung in Unterkategorien erfolgte inhaltlich. Im genannten Beispiel bedeutet dies eine Sortierung nach den verschiedenen Aspekten, zum Beispiel „Kommunikation mit Hausärzten nicht erfolgreich“. Sobald eine Paraphrase nicht in vorhandene Kategorien passte, wurde eine neue Kategorie eröffnet. Nach Durchgang des Transkriptes wurde die gesamte Kategorienordnung am Text überprüft und modifiziert.

Durch die Auswertung entstand eine Kategorienordnung (s. Übersicht in Kapitel 3.2), die den Inhalt der Fokusgruppensitzung kondensiert und thematisch sortiert darstellt. Diese Übersicht erlaubte weitere inhaltliche Analysen.

2.4.4 Entstehung des Interviewleitfadens für Hausärzte

Nach Erstellen eines ersten Interviewleitfadens, der sich an den Ergebnissen der Fokusgruppensitzung orientierte, wurden zwei Probeinterviews mit Hausärzten durchgeführt, die nicht in die Auswertung miteinbezogen wurden. Der Interviewleitfaden bezog sich auf folgende Themenkomplexe:

- Rolle als Hausarzt versus Sozialarbeit
- Netzwerke
- Zusammenarbeit
- Finanzierung

Zu Beginn der Interviews erfolgte die Vorstellung des Forschungsvorhabens. Zudem wurde der Ablauf des Leitfadeninterviews erläutert. Es wurden außerdem Geschlecht, Alter und Berufsjahre erhoben, um die Berufserfahrung abschätzen zu können. Die ersten drei Interviews für die Auswertung führte Ines Büscher mit einer ersten Version des Leitfadens durch. Danach wurde das Textmaterial gesichtet und der Leitfaden in Absprache mit Prof. Detmar Jobst angepasst. Beide Versionen des Leitfadens finden sich im Anhang dieser Arbeit.

2.4.5 Auswahl der Interviewpartner

Fünf Hausärzte erklärten sich im Rahmen eines Qualitätszirkels des IfH, auf dem das Projekt vorgestellt wurde, zur Teilnahme bereit. Sie trugen sich auf einem Interessenbekundungs-Formular ein, das beim Qualitätszirkel auslag. Die restlichen sechs Interviewpartner wurden von Prof. Detmar Jobst und Ines Büscher persönlich zur Teilnahme eingeladen. Der zweite Kontakt wurde telefonisch über die jeweilige Praxis hergestellt und ein Termin für das Interview vereinbart. Im Vorfeld zu den Gesprächen waren das Projekt und der Rahmen des Interviews den Teilnehmern bekannt, jedoch nicht der genaue Inhalt des Interviewleitfadens.

2.4.6 Einverständniserklärung zu den Interviews

Die Interviewpartner erklärten sich schriftlich im Vorfeld zur Teilnahme bereit. Außerdem stimmten sie der Aufnahme und Transkription der Interviews zu. Ihnen wurde zugesichert, dass die Interviews anonymisiert gespeichert und transkribiert werden.

2.4.7 Durchführung der Interviews

Die insgesamt elf Interviews mit Hausärzten wurden telefonisch von Ines Büscher im Zeitraum von Januar bis Juli 2017 geführt. Die Interviewpartner befanden sich entweder an ihrem Arbeitsplatz oder zu Hause. Die Interviews wurden elektronisch aufgezeichnet und durch die Doktorandin transkribiert. Die Länge der jeweiligen Audioaufnahmen beträgt zwischen 20 und 30 Minuten. Aussagen, die die Identität der Interviewten preisgeben könnten, wurden durch XX zensiert. Die qualitative Sozialforschung geht von einem Sättigungseffekt aus. Er tritt ein, sobald sich die Aussagen wiederholen und keine neuen Erkenntnisse durch weitere Interviews zu erwarten sind, in diesem Fall nach insgesamt elf Interviews mit Hausärzten. Das ist das Signal, die Datenerhebung zu beenden (Vogt und Werner, 2014).

2.4.8 Auswertung der Interviews

Die Auswertung der Interviews erfolgte wie die der Fokusgruppensitzung nach der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse. Für die Interviews wurden, wie oben beschrieben, das inhaltsanalytische Ablaufmodell befolgt und die Analyseschritte durchlaufen (Mayring, 2015). Auch der Ablauf der Analyse mit den Schritten Paraphrasierung, Generalisierung und Einordnung in Kategorien entsprach dem der Fokusgruppensitzung. Entsprechend der Analyse der Fokusgruppensitzung standen Wissen, Erfahrungen und Einstellungen der Interviewpartner zum Forschungsthema im Mittelpunkt der Analyse. Auch waren die oben genannten Forschungsfragen bedeutend.

2.5 Kontrastierung der Ergebnisse mit dem Interview eines Psychiaters

Auf persönliche Ansprache durch Prof. Detmar Jobst erklärte sich ein Psychiater aus dem Bonner Stadtgebiet zu einem Interview im Juli 2017 bereit. Ines Büscher verwendete denselben Fragebogen wie in den vorangegangenen Interviews und transkribierte die Aufnahme anschließend. Die Audioaufnahme beträgt in etwa 25 Minuten. Die Ergebnisse aus dem Interview wurden anhand der qualitativen Inhaltsanalyse zusammengefasst und mit den Erkenntnissen aus Fokusgruppensitzung und Hausarztinterviews in Bezug gesetzt. Somit erweiterte sich der Blickwinkel auf das betrachtete Forschungsthema um die Sicht eines anderen Facharztes. Es wurde die Profession des Psychiaters gewählt, da die Forschenden von einer entwickelten Zusammenarbeit der Psychiatrie mit der Sozialarbeit und einem hohen Auftreten sozialer Probleme in der psychiatrischen Praxis ausgingen.

2.6 Rahmenbedingungen der Studie

2.6.1 Genehmigung durch die Ethikkommission

Der Ethikantrag wurde von Prof. Detmar Jobst und Ines Büscher formuliert und der Ethik-Kommission der Medizinischen Fakultät der Universität Bonn eingereicht. Dem Antrag wurde stattgegeben (Lfd. Nr. 033/17).

2.6.2 Genutztes Transkriptionssystem

Für das gesamte Projekt wurde das Inhaltlich Semantische Transkriptionssystem genutzt (Dresing und Pehl, 2017). Die Teilnehmer der Fokusgruppensitzung wurden mit dem Buchstaben B nummeriert und gekennzeichnet, die interviewten Hausärzte jeweils mit dem Buchstaben T. Der Buchstabe P kennzeichnet die Zitate des Psychiaters.

2.6.3 COREQ Checkliste

Bei der Erstellung vorliegender Arbeit wurde die Checkliste COREQ verwendet und befolgt (Tong et al., 2007). Diese Checkliste stellt sicher, dass in der Darstellung qualitativer Studien alle notwendigen Informationen zu Studiendesign, Auswertung und Ergebnissen enthalten sind.

2.6.4 Gütekriterien nach Mayring

Von den in der qualitativen Forschung angewandten Gütekriterien wurde in vorliegender Arbeit die Interkoderreliabilität genutzt (Mayring, 2015). Dies bedeutet, dass mehrere Personen sich mit den Kategorien befassen und entstehende Unstimmigkeiten in Diskussionen geklärt werden. Als zusätzliche Forscher waren neben Ines Büscher Prof. Detmar Jobst für die Kategorien der Fokusgruppensitzung und Julia Dralle, Studentin der Medizin, für die Ergebnisse aus den Hausarztinterviews tätig.

2.7 Interessenkonflikt

Die Autorin erklärt, dass keine Interessenkonflikte bestehen.

3. Ergebnisse

3.1 Merkmale der teilnehmenden Hausärzte und Sozialarbeiter

Insgesamt nahmen neun Personen aus der leitenden Sozialarbeit und elf Hausärzte an dem Projekt teil. Alle Befragten arbeiten bzw. praktizieren zum Zeitpunkt der Untersuchung in Bonn oder der näheren Umgebung. Die Daten des teilnehmenden Psychiaters werden zur Wahrung der Anonymität nicht aufgeführt. Nachfolgende Tabelle 1 stellt die erhobenen Charakteristika der Teilnehmer dar:

Tab. 1: Charakteristika der befragten Sozialarbeiter und Hausärzte

Charakteristikum	Sozialarbeiter	Hausärzte
Anzahl	9	11
Weiblich	2	8
Männlich	7	3
Alter Mittelwert in Jahren	53,8	50,1
Alter Min. / Max. in Jahren	45 / 61	40 / 60
Keine Angaben zum Alter	4	0
Mittelwert der Zeit im derzeitigen Beruf in Jahren	22,2	21,2
Zeit im derzeitigen Beruf Min. / Max. in Jahren	10 / 32	14 / 31
Keine Angaben zu Zeit im derzeitigen Beruf	4	0
Arbeitsplatz innerhalb des Bonner Stadtgebietes	7	5
Arbeitsplatz außerhalb des Bonner Stadtgebietes	1	6
Keine Angaben zum Arbeitsplatz	1	0
Arbeit in einer Einzelpraxis	-	8
Arbeit in einer Gemeinschaftspraxis	-	3

3.2 Übersicht über die Kategorien

Durch die qualitative Inhaltsanalyse des erhobenen Textmaterials entstanden zwei Kategorienordnungen mit Haupt- und Unterkategorien, die eine Sortierung der Aussagen der Befragten darstellen. Die Erste ergab sich aus der Fokusgruppensitzung mit Sozialarbeitern, die Zweite aus den semistrukturierten Interviews mit Hausärzten.

Die Auswertung der Fokusgruppensitzung der Sozialarbeiter ergab folgende neun Hauptkategorien:

- 1) Selbstbild von Sozialarbeit und ihre Rolle im sozialen System, Sicht der Sozialarbeiter auf die Hausärzte
- 2) Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Grenzen zwischen Hausärzten und Sozialarbeitern
- 3) Hausarzt als Ansprechpartner für den Patienten
- 4) Konfrontation und Umgang der Hausärzte mit sozialen Patientenangelegenheiten
- 5) Zusammenarbeit, Kontakte und Kommunikation bisher
- 6) Hindernisse für eine intensivere Zusammenarbeit und Kommunikation (exklusive Information und Finanzierung)
- 7) Wunsch nach Stärkung der Zusammenarbeit und Kommunikation und Erwartungen an die Zusammenarbeit
- 8) Wissen über das soziale Netz und Kenntnis voneinander
- 9) Finanzierung der Zusammenarbeit

Die Kategorienordnung der Analyse der Interviews mit Hausärzten setzt sich aus diesen 13 Hauptkategorien zusammen:

- 1) Verständnis und Bewertung von Sozialarbeit
- 2) Wunsch der Hausärzte nach fachlicher Hilfe von der Sozialarbeit
- 3) Gemeinsamkeiten, Grenzen und Unterschiede zwischen Sozialarbeit und Hausärzten
- 4) Hausärzte im sozialen Netzwerk
- 5) Hausarzt als Vertrauensperson und Ansprechpartner für Patienten bei nichtmedizinischen Anliegen
- 6) Konfrontation und Umgang mit sozialen Patientenangelegenheiten

- 7) Vermittlung zwischen Patienten und Sozialarbeit
- 8) Kontakte, Kommunikation, Kontaktaufnahme und Zusammenarbeit bisher
- 9) Hindernisse einer intensiveren Zusammenarbeit und Kommunikation (exklusive Information und Finanzierung)
- 10) Wunsch nach Stärkung der Zusammenarbeit und Kommunikation und Erwartungen an die Zusammenarbeit
- 11) Wissen der Hausärzte und Sozialarbeiter über das soziale Netz und Ansprechpartner
- 12) Finanzierung der Zusammenarbeit
- 13) Interesse an Angeboten der Sozialarbeit

Durch die getrennte, textorientierte Analyse der Fokusgruppensitzung und der Interviews entstanden zwei verschiedene Kategorienordnungen, welche sich nur in Teilen thematisch gleichen. Sie stellen eine Übersicht über die inhaltlichen Aspekte des erhobenen Textmaterials dar. Eine komplett getrennte Darstellung der zwei Kategorienordnungen würde einen Kernpunkt dieser Arbeit, den Vergleich zwischen der Wahrnehmung der Hausärzte und der Sozialarbeiter, verfehlen. Zudem ergeben sich durch die thematischen Zusammenhänge der Kategorien zahlreiche Überschneidungen. Aus diesem Grund wurden Oberthemen gesucht, die eine strukturierte und vergleichende Darstellung entlang der Kategorien ermöglichen. Dies bedeutet nicht die inhaltliche Vermischung der Kategorien im Zuge der Analyse, sondern dient der anschaulichen und vergleichenden Ergebnisdarstellung. Einige Oberthemen entsprechen den Kategorien, welche sich in beiden Auswertungen fanden. Teilweise wurde eine zusammenfassende oder überschneidende Darstellung der Kategorien gewählt. Im Folgenden werden die Oberthemen jeweils gesondert für Sozialarbeiter und Hausärzte beschrieben und mit Zitaten aus dem Datenmaterial hinterlegt. Die Begriffe „nichtmedizinische“ sowie „soziale Probleme“ werden in vorliegender Arbeit weitestgehend synonym verwendet, weil soziale Probleme den weitaus größten Teil der nichtmedizinischen Probleme ausmachen dürften (Jobst et al., 2007).

3.3 Rolle der Sozialarbeiter im sozialen System

3.3.1 Darstellung der Ergebnisse: Sozialarbeiter

Im Laufe der Diskussion über die Zusammenarbeit mit Hausärzten reflektierten die Sozialarbeiter ihre eigene Rolle im sozialen System. Sie seien wichtig für die Menschen in der Gesellschaft, da ihre Dienstleistung ohne große Hürden für alle Personen zu erreichen sei, auch für diejenigen, die sonst nicht gut in der Teilhabe angekommen seien: „Und da glaube ich, dass die Sozialarbeit da einfach ein Stück mehr den Blick drauf hat, weil einfach Sozialarbeit mit ihren niederschweligen Diensten auch, vor allem auch also Sozialarbeit der Kirchen, den Fokus hat auf Menschen, die eben nicht so in der Teilhabe gut angekommen sind, wie wir uns das wünschen“ (B2, Z. 984-988). Dabei werde die Sozialarbeit immer spezialisierter, auch im medizinischen Bereich. Trotzdem möge sie unabhängig bleiben und arbeiten, auch von der Medizin. Zudem wollten die Sozialarbeiter „eigentlich nicht wirklich Akademiker sein“ (B6, Z. 1436-1437) und grenzen sich somit von der Medizin weiter ab. Die Ausbildung eines Sozialarbeiters finde eher im Querschnitt statt, er lerne von allem ein bisschen.

Ferner müsse die Sozialarbeit immer häufiger wie ein Unternehmen denken. Ein Sozialarbeiter zog den Vergleich mit dem ziffernbasierten Abrechnungssystem der Hausärzte: „Jetzt muss der Sozialarbeiter mittlerweile genauso denken. Der hat auch seine Ziffern im Kopf, der rechnet auch ab, der refinanziert auch“ (B6, Z. 329-330).

Bei Betrachtung der Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen stellten die Sozialarbeiter vorerst fest, dass sie selbst im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit vernetzt arbeiteten. Die Netzwerkarbeit funktioniere im sozialen Bereich besser als im medizinischen.

3.3.2 Darstellung der Ergebnisse: Hausärzte

Um einen allgemeinen Eindruck zu gewinnen, wurden zu Beginn der Interviews die Hausärzte gefragt, welche Organisationen sie als zur Sozialarbeit gehörend einstufen. Die Interviewpartner nannten klassische Organisationen wie Caritas, AWO, Selbsthilfegruppen und Einrichtungen in der Suchthilfe, kirchliche Träger eingeschlossen. Auch ein sozialpsychiatrisches Zentrum wurde als Einrichtung genannt. Einige Teilnehmer zählten zudem Seniorenheime und Palliativstationen zur Sozialarbeit,

da diese von sozialen Trägern geleitet seien oder Sozialarbeiter beschäftigten. Auf kommunaler Seite nannten die Hausärzte das Sozialamt und das Jugendamt. Aber nicht nur feste Institutionen und Organisationen zählen für die Hausärzte zu Sozialarbeit, sondern auch ehrenamtliche Helfer, die Patienten in die Praxis begleiten.

Obwohl die Hausärzte einige Institutionen nennen konnten, die für sie unter Sozialarbeit fallen, besteht bei einigen dennoch ein unklares Berufsbild. Eine Hausärztin bemerkte, dass die Definition eines Sozialarbeiters an sich schwierig sei. Soziale Arbeit sei sehr unübersichtlich und nur ein Überbegriff für viele Facetten. Auch die spezialisiertere Sozialmedizin sei ein schwieriges Gebiet. Ein Hausarzt stellte fest, dass sich die sozialen Strukturen gewandelt hätten und „heute [...] mehr anonymer“ (T7, Z. 78) und „großflächiger gestaltet“ (T7, Z. 76-77) seien.

Die Hausärzte sprachen der Sozialarbeit eine wichtige Rolle im sozialen System, aber „auch in der medizinischen Versorgung zur Lösung der nichtmedizinischen Problematiken“ (T7, Z. 374-376) zu. Ein Hausarzt zeigte sich zudem beeindruckt von der Arbeit der Sozialarbeiter. Die Würdigung dieses Berufes sei in der Gesellschaft nicht entsprechend gut, mehrere Teilnehmer wünschten der Sozialarbeit mehr Anerkennung und Bezahlung. Die Ärzte nehmen die Sozialarbeit als durchaus unterstützend und ergänzend wahr, vor allem im Alltag des Patienten. Allerdings könne auch soziale Arbeit nicht alle Probleme lösen.

3.3.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend lassen sich zu dem Kapitel „Rolle der Sozialarbeiter im sozialen System“ folgende Punkte festhalten:

- Sozialarbeiter nehmen nach Ansicht beider Berufsgruppen eine wichtige Rolle im sozialen System ein
- Der Begriff „Sozialarbeit“ bleibt unscharf umrissen, die Sozialarbeit habe sich gewandelt und wird spezialisierter
- Ein unklares Bild von der jeweils anderen Berufsgruppe erschwert die Zusammenarbeit
- Sozialarbeiter sehen sich selber eher nicht als Akademiker

3.4 Rolle der Hausärzte im sozialen System

3.4.1 Darstellung der Ergebnisse: Sozialarbeiter

Bei Betrachtung der Berufsgruppe Hausarzt stellten die Sozialarbeiter der Fokusgruppe fest, dass die Hausärzte für sich keine Identität im sozialen Netz geschaffen hätten: „Und das sehe ich im Moment eigentlich nicht, dass sagen wir mal Ärzteschaft für sich so was wie eine eigene Identität in diesem System geschaffen hat. Also natürlich im Medizinischen schon, aber was ist meine Rolle im sozialen System?“ (B8, Z. 532-535). Ein befragter Sozialarbeiter merkte jedoch an, dass der Hausarzt definitiv eine Position im sozialen System innehatte. Die Definition des Hausarztes an sich und seine Rolle im sozialen Netz seien einigen Sozialarbeitern aber unklar. Nach Ansicht der Sozialarbeiter sind die Hausärzte auch untereinander nicht vernetzt. Allerdings stellte ein Fokusgruppenteilnehmer auch fest, dass Netzwerkarbeit der Hausärzte nicht möglich sei. Dies sei ein illusorischer Anspruch. Die Sozialarbeiter wünschen sich von den Hausärzten eine klarere Positionierung im sozialen Netz im Sinne von Definition der Berufsgruppe.

Die Definition des Hausarztes an sich habe sich gewandelt. Ein Teilnehmer der Fokusgruppe merkte an, dass es „diese Gruppe der Hausärztinnen und Hausärzte“ (B8, Z. 1073-1075) eventuell so nicht mehr gäbe. Der Hausarzt würde zum Facharzt und die Ärzte würden auch nicht mehr nachts arbeiten wollen, wie dies früher der Fall gewesen sei.

Die Sozialarbeiter kritisierten das mangelnde Interesse der Hausärzte an Angeboten der sozialen Arbeit, z.B. an angebotenen Fortbildungen und sie seien auch nicht zur Drogensubstitution bereit, welche die Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern zwingend erfordert. Problemreich sahen einige Fokusgruppenteilnehmer auch das ihrer Meinung nach überhöhte Selbstbild der Hausärzte, die sich universelle Kompetenz zusprächen. Sie seien der Ansicht, alle Probleme alleine lösen zu können: „Ach, da kann ich in meiner großen Kompetenz zu allem was zu sagen“ (B4, Z. 189-191).

3.4.2 Darstellung der Ergebnisse: Hausärzte

Auch die Hausärzte griffen die Thematik ihrer Position im sozialen Netz auf. Sie fühlten sich nicht als Teil eines sozialen Netzwerkes und somit „ein bisschen außen vor“ (T5, Z. 173). Die Sozialarbeiter seien untereinander sicher besser vernetzt als mit den Hausärzten, vermuteten diese. Es bestehen also ein Gefühl der Isolation und der Wunsch nach stärkerer Integration in das soziale Hilffssystem. Dennoch stellte ein Arzt fest, dass sich die Hausärzte durch Hausbesuche und lange Begleitung von Familien besonders nahe am Patienten befänden.

Ein Hausarzt bemerkte, dass Ärzte für die Patienten den einfachsten und auch kostenlosen Zugang zu Hilfeleistung darstellen würden. Ein anderer Hausarzt sah sich „als Lückenbüsser für Defizite in unserer Sozialgesellschaft“ (T10, Z. 163-164). In der Hausarztpraxis werde der Arzt mit einem „multikomplexe[n] Bild“ (T7, Z. 278) konfrontiert.

Die Hausärzte sehen sich weniger als Teil des sozialen Netzwerkes, vielmehr als Hilfe vor Ort und sind sich überwiegend ihrer Grenzen bewusst: „[...] weil ich bin ja nicht der Held an sich, sondern der einfache Mensch vor Ort“ (T10, Z. 190-191). Ein Teilnehmer betonte hingegen sein hohes berufliches Engagement und Verantwortungsbewusstsein.

Interesse an Beratungsangeboten seitens der Sozialarbeit für Patienten sei vorhanden: „Es gibt immer wieder Situationen, wo ich denke [...] da muss doch irgendwie jemand sein, der sich kümmert“ (T2, Z. 103 – 105). Zugleich bemängelte ein Hausarzt aber ein fehlendes Interesse von Ärzten an Fortbildungsveranstaltungen und Treffen: „Kein Arzt ist zu diesem Treffen gekommen, [...] was dann super schade ist eigentlich“ (T5, Z. 389 – 390). Im Gegensatz dazu sprechen sich die von uns befragten Hausärzte selber sehr wohl ein Interesse an den angesprochenen Angeboten zu.

3.4.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend stellen sich folgende Inhalte in dem Kapitel „Rolle der Hausärzte im sozialen System“ dar:

- Die Position des Hausarztes im sozialen System ist nicht definiert
- Unklare Rollenbilder beider Seiten erschweren die Zusammenarbeit

- Die fehlende Vernetzung der Hausärzte sei aus Sicht der Sozialarbeiter nicht zu beheben
- Hausärzte fühlen sich nicht integriert in das soziale Netz
- Kritik der Sozialarbeiter an überhöhtem Selbstbild und an fehlendem Interesse der Hausärzte an Angeboten der sozialen Arbeit, seien es Angebote für Ärzte oder deren Patienten
- Es besteht unterschiedliches Interesse an Angeboten der Sozialarbeit innerhalb der Ärzteschaft

3.5 Aufgedeckte Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Professionen

3.5.1 Darstellung der Ergebnisse: Sozialarbeiter

Die Sozialarbeiter deckten verschiedene, durchaus auch problematische Unterschiede zwischen Hausärzten und Sozialarbeitern auf. Ein Teilnehmer sieht den Zeitpunkt der Entstehung dieser Divergenz direkt im Anschluss an die Ausbildung. Generell würden beide Berufsgruppen in sehr unterschiedlichen Systemen arbeiten. Die ungleichen Systeme werden von den Sozialarbeitern durchaus als Problem wahrgenommen. Auch seien beide Systeme unterschiedlich weit fortgeschritten, vor allem sei die Medizin weiter als die Sozialarbeit. Es bestünde ein ungleiches Problembewusstsein und kein gemeinsames Verständnis von Patientenwohl und sozialen Problemen.

Als weitere Differenz nannten die Befragten der Fokusgruppensitzung den andersartigen Sprachgebrauch. Ein Teilnehmer sah dies als Hindernis für die Kommunikation, denn „die Professionen [seien] auch nicht ganz so sprachfähig zueinander“ (B4, Z. 204-205). Zur Verbesserung der Kommunikation müsse eine gemeinsame Sprache geschaffen werden. Dies sei am besten am Anfang der Ausbildung möglich: „[es müsste] ganz am Anfang von der Ausbildung zum Arzt oder zum Sozialarbeiter die Vernetzung geben [...], weil dort eine Sprachebene hergestellt werden kann, die nachher nicht mehr hergestellt werden wird“ (B1, Z. 209-212).

Der unterschiedliche Sprachgebrauch zeige sich aus Sicht der Fokusgruppensitzungs-Teilnehmer schon in der Verwendung der Begriffe „Patient“ auf Seiten der Ärzte und „Klient“ seitens der Sozialarbeiter. Im Allgemeinen sei das Verständnis dieser Personengruppe und ihrer sozialen Problemen so verschieden wie die Benennungen.

Die besondere Beziehung zwischen Sozialarbeiter und Arzt beruhe darauf, dass der Arzt immer in seiner Rolle als Arzt sei. Ein Sozialarbeiter würde sich auch im interprofessionellen Verhältnis stets in der Rolle des Patienten sehen und spielt somit auf die Autorität des Arztes an: „Der Arzt ist der, wo ich persönlich die Hosen runterlasse. Und wenn ich auf den zukomme, egal in welcher Profession, ich bin der Patient und das ist der Arzt“ (B6, Z. 1441-1443).

3.5.2 Darstellung der Ergebnisse: Hausärzte

In den Interviews wurde den Hausärzten die Frage gestellt, wie sie ihre Arbeit im Vergleich zur Sozialarbeit sehen. Die Aufgaben seien verschieden, der Hausarzt sei anders als ein Sozialarbeiter vor allem mit der Medizin beschäftigt. Die eigene Aufgabe wird teilweise als leichter empfunden als die eines Sozialarbeiters.

Zudem würden sich Sozialarbeiter und Hausärzte stark in ihrem Wissen, den Ausbildungen und ihren Fähigkeiten unterscheiden. Hier zog ein Teilnehmer eine klare Grenze: „Und man ist halt, hat nicht das gleiche studiert und man, ich kann keine Sozialarbeit und die können keine Medizin“ (T8, Z. 402-404). Allerdings sehen die Hausärzte auch Gemeinsamkeiten in den beiden Berufen. Die Arbeit sei nah am Menschen, und beide Professionen würden eine Beziehung zu ihren Patienten bzw. Klienten aufbauen.

3.5.3 Zusammenfassung

Resümierend ergeben sich in dem Kapitel „Aufgedeckte Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Professionen“ folgende Punkte:

- Unterschiedliche Ausbildungen und Systeme stellen ein Hindernis für Zusammenarbeit dar
- Zusammenarbeit wird erschwert durch ein unterschiedliches Verständnis von sozialen Problemen
- Die Beziehung zwischen den Berufsgruppen ist von ungleicher Augenhöhe geprägt
- Die Kommunikation ist aus Sicht der Sozialarbeiter beeinträchtigt durch jeweils eigenen Sprachgebrauch
- Sozialarbeiter wünschen eine Verknüpfung der Ausbildungen

3.6 Sicht auf die Grenzen zwischen Hausarztmedizin und Sozialarbeit

3.6.1 Darstellung der Ergebnisse: Sozialarbeiter

Die Fokusgruppenteilnehmer stellten nicht nur die Unterschiede zwischen den Professionen heraus, sondern diskutierten auch über die Grenzen zwischen den Aufgabengebieten von Sozialarbeit und Hausarztmedizin. Diese seien nicht ausreichend bestimmt. Aus Sicht der Sozialarbeit sollten die Grenzen möglichst vor der Zusammenarbeit geklärt werden.

Es besteht zudem die klare Forderung, dass Ärzte die Grenzen anerkennen und dann Aufgaben explizit an Sozialarbeit abgeben sollten. Ein Teilnehmer fasste im augenscheinlichen Konsens mit der Gruppe wie folgt zusammen: „Aber mit einem guten Gefühl, an einer bestimmten Grenze zu sagen, jetzt gebe ich ab [...], wäre schon mal ein Erfolg, der sehr groß wäre.“ (B8, Z. 640-642). Aus Sicht der Sozialarbeiter überschreiten die Hausärzte öfter die Grenze zur Sozialarbeit im Rahmen ihrer Tätigkeit.

Andererseits postulierten Sozialarbeiter, dass die Grenze zwischen den Berufen fließend sei und Grenzüberschreitungen in beide Richtungen möglich sein sollten. Vor allem der Arzt solle zulassen, dass die Sozialarbeiter die Grenze zur Medizin queren könnten. Sie wünschen sich eine therapeutische Tätigkeit der Sozialarbeit, welche durch das Konzept der therapeutischen Zusatzausbildung zudem strukturell verankert sei. In der Versorgung mancher Klienten sei das sogar nötig. Die therapeutische Tätigkeit der Sozialarbeiter wird von ihnen unter den Begriff „klinische Sozialarbeit“ gefasst.

Auf Seiten der Sozialarbeit besteht offensichtlich der Wunsch nach einer Aufgabenüberschneidung der Professionen. Eine solche würde allerdings nicht gefördert und von ärztlicher Seite aus sogar verhindert: „Ich hab manchmal, jetzt auch wieder in Richtung Ärzteschaft so, manchmal die Frage, gibt es da bestimmte Systemkomponenten bei der ärztlichen Seite, die sowas eigentlich nicht gerne sehen wollen. Ich vermute, eine KV [Kassenärztliche Vereinigung] oder so könnte interessiert sein, dass solche Mischsysteme sich nicht entfalten.“ (B4, Z. 1211-1215). Hier sind offensichtlich eher die Standesvertretungen als einzelne Ärzte gemeint.

3.6.2 Darstellung der Ergebnisse: Hausärzte

Auf die Frage, ob sich die Hausärzte einen therapeutischen Einfluss der Sozialarbeit vorstellen könnten, beschrieben diese die Grenze zwischen den Professionen als fließend und fanden alle einen therapeutischen Einfluss der Sozialarbeit auf bestimmte Patientenprobleme durchaus positiv, da sich durch Lösung sozialer Probleme auch die körperlichen Symptome des Betroffenen bessern könnten. Ein Teilnehmer stellte sogar fest, dass „letztlich [...] das wahrscheinlich mehr Therapie [ist] als [ein] Schulmediziner in vielen Fällen leisten kann“ (T5, Z. 310-312). Die befragten Ärzte würden demnach eine Aufgabenteilung begrüßen.

3.6.3 Zusammenfassung

Für das Kapitel „Sicht auf die Grenzen zwischen Hausarztmedizin und Sozialarbeit“ lassen sich zusammenfassend folgende Inhalte festhalten:

- Die Grenzen zwischen den Berufen sind für Sozialarbeiter nicht geklärt
- Die Sozialarbeiter wollen, dass der Arzt Aufgaben abgibt, fordern aber zugleich Grenzüberschreitungen der Sozialarbeit Richtung Medizin (klinische Sozialarbeit)
- Hausärzte sehen die Grenzen fließend und einen therapeutischen Einfluss der Sozialarbeit positiv; sie würden Grenzüberschreitungen der Sozialarbeit zur Entlastung der eigenen Arbeit begrüßen

3.7 Erwartungen an die andere Berufsgruppe

3.7.1 Darstellung der Ergebnisse: Sozialarbeiter

Aufbauend auf den Aussagen zur wichtigen Funktion der Hausärzte im sozialen System stellte ein Sozialarbeiter die Forderung nach einem Haltungswechsel der Ärzte: „Und meinem Eindruck nach müsste in der Ärzteschaft ein Paradigmenwechsel stattfinden“ (B7, Z. 518-520). Der Hausarzt müsse die sozialen Probleme seiner Patienten als solche wahrnehmen, um Kontakt zu Sozialarbeit zu suchen und sich insgesamt Richtung Sozialarbeit öffnen. Dies seien Voraussetzungen für Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen den Professionen, die allerdings durch Änderung des gesetzlichen und strukturellen Rahmens flankiert werden müssten.

3.7.2 Darstellung der Ergebnisse: Hausärzte

Die Hausärzte wurden nach ihren Erwartungen an Sozialarbeit gefragt. Sie wünschen sich vor allem fachliche Hilfe, sie seien froh über Unterstützung. Ein Befragter sagte aus, dass Sozialarbeit die Arbeit der Hausärzte erleichtern werde. Die Gründe, sich an Sozialarbeit zu wenden, seien „sehr vielfältig“ (T3, Z. 208).

Nach diesen Gründen wurde in den Interviews zudem explizit gefragt. Als Antwort wurden z.B. Situationen genannt, in denen „das Medizinische, Schulmedizinische überhaupt nicht im Vordergrund steht“ (T5, Z. 349-353) und der Arzt an seine Grenzen stößt. Ein Hausarzt wünsche die Unterstützung der Sozialarbeiter, sobald es für das Wohlergehen des Patienten von Nöten sei. Dabei bestehe die Erwartung, dass die Sozialarbeit den Patienten in Situationen unterstützt, in denen der Arzt nicht helfen könne.

3.7.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend ergeben sich für das Kapitel „Erwartungen an die Arbeit der anderen Berufsgruppe“ folgende Erkenntnisse:

- Die Sozialarbeiter fordern eine hausärztliche Öffnung zur Sozialarbeit
- Strukturelle Verankerung erleichtert die Kooperation
- Hausärzte erwarten von Sozialarbeit fachliche Unterstützung zum Wohl der Patienten und zur Arbeitserleichterung

3.8 Die Rolle des Hausarztes in der Arzt-Patienten-Beziehung und sein Umgang mit sozialen Problemen

3.8.1 Darstellung der Ergebnisse: Sozialarbeiter

Auch die Arzt-Patienten-Beziehung und der allgemeinärztliche Umgang mit den sozialen Problemen der Patienten wurden in der Fokusgruppensitzung thematisiert. Die Aufgabe von Hausärzten sei nicht rein medizinisch. Er oder sie kenne die sozialen Probleme ihrer Patienten. Ein Hausarzt sei ein institutioneller Ansprechpartner für die Patienten auch in nichtmedizinischen Anliegen, da dieser „zuhören muss“ (B1, Z. 799). Außerdem gingen einige Patienten lieber zum Arzt als zur Sozialarbeit, weil sie den Arzt als Institution geradezu forderten. Der Patient „kommt, weil das ein Arzt ist. Weil er braucht eine Verschreibung, er braucht die Autorität“ (B1, Z. 347-351).

Dafür sei auch soziale Arbeit nicht nötig. Die Sozialarbeiter kritisieren jedoch, dass Ärzte die sozialen Probleme zwar kennen, aber nicht wahrhaben wollten und auch nicht dementsprechend handelten. Das sei unter anderem dem Zeitmangel des Arztes in seiner hausärztlichen Tätigkeit geschuldet, da solche Situationen oft in schwierigen und langen Gesprächen mündeten.

Kritisch sehen die Sozialarbeiter auch, dass Hausärzte gelegentlich die sozialen Probleme ihrer Patienten bei ihnen „abladen“ wollten. Dies sei aus Sicht der Sozialarbeit nicht möglich.

3.8.2 Darstellung der Ergebnisse: Hausärzte

Ähnlich wie die Sozialarbeiter sehen auch die Hausärzte sich selber als Ansprechpartner und Vertrauensperson für Patienten. Ein befragter Arzt beschrieb seine „ganz privilegierte Situation in der Hausarztpraxis“ (T7, Z. 193-196), da die Meinung des Arztes oft gefragt und geschätzt sei.

Nach Ansicht der Befragten kämen die Patienten immer mehr mit nichtmedizinischen Anliegen zum Hausarzt. Ein Teilnehmer sagte sogar, dass er „vierzig Prozent Sozialarbeit in [seiner] Praxis“ (T5, Z. 142) mache. Es wurden verschiedene Themen genannt, die von den Patienten in der Hausarztpraxis angesprochen würden. Dazu zählten zum Beispiel der Umgang mit Behörden bei Pflegestufen oder Schwerbehinderung oder auch finanzielle Probleme. Lösungen sozialer Probleme würden von den Patienten gefordert und dementsprechend müsse dieser Anspruch von den Hausärzten geleistet werden. Die „sozialarbeiterische Tätigkeit wird ja letztendlich uns Hausärzten in der Grundversorgung zugeschoben“ (T7, Z. 123-124), behauptete ein anderer Teilnehmer. Einige Interviewte sehen das als selbstverständlichen Teil der Hausarztmedizin an und übernahmen diese Rolle gerne, insofern dies notwendig sei. Ein Befragter beschrieb dies als „beglückend“, aber auch „bedrückend“ mit großer Verantwortung (T2, Z. 172-175). Ein dritter Teilnehmer fühlt sich verpflichtet, „im Einzelfall dann sehen [zu müssen], ob der oder diese Sozialarbeiterin sich kümmert“ (T1, Z.330-331). Hausärzte fühlen sich, als übernahmen sie in der Praxis die Rolle eines Sozialarbeiters beziehungsweise als sollten sie sie übernehmen.

Es gibt jedoch auch Stimmen unter den Hausärzten, die ihren eigenen Aufgabenbereich nicht auf die sozialen Probleme der Patienten ausweiten wollen. Sie sehen eine klare Trennung zwischen den Professionen Arzt und Sozialarbeiter. Sie würden auch nicht versuchen, die Aufgaben der sozialen Arbeit zu übernehmen. Eine Teilnehmerin ärgerte sich sogar über das Ansinnen, sich um nicht medizinische Anliegen zu kümmern.

Einige Hausärzte meinen, dass der Wunsch der Patienten bezüglich nichtmedizinischer Probleme in einer Hausarztpraxis nicht zu bewältigen sei. Der Hausarzt sei diesem Anspruch der Patienten und der Gesellschaft nicht gewachsen, da es den zeitlichen und fachlichen Rahmen oft überschreite. Zudem sei er nicht qualifiziert, die Aufgaben der sozialen Arbeit zu übernehmen. Eine Teilnehmerin sagte, dass sie mit nichtmedizinischen Anliegen oft überfordert sei. Ein Hausarzt sei nicht ausgebildet für diese Probleme und kenne sich dementsprechend nicht aus. Deshalb sei die Organisation und Lösung oft schwierig. Ein Teilnehmer bezeichnete sich als den „Hausarzt, der [...] nichts kann und alles macht“ (T10, Z. 160). Im Gegensatz dazu gibt es Hausarztstimmen, die sich als überqualifiziert für Aufgaben aus dem Bereich der sozialen Arbeit sehen.

Konfrontiert wurden die Hausärzte in den Interviews mit der Aussage von Sozialarbeitern der Fokusgruppe, sie würden die sozialen Probleme ihrer Patienten nicht sehen wollen. Dies sei bei ihnen nicht der Fall, widersprachen einige Hausärzte. Sie würden die Probleme bemerken und auch ansprechen wollen. Allerdings gäbe es auch ärztliche Kollegen, die die Probleme eben nicht sehen wollten und sich nicht damit beschäftigen würden. Im Zusammenhang mit diesen Aussagen stellten einige Interviewte fest, dass Hausärzte in ihrer Position gar nicht in der Lage seien, alle sozialen Probleme zu sehen. Sei es, dass diese übersehen werden, sei es, dass die Patienten ihre Probleme verbergen.

Zur Sprache kam außerdem die Tatsache, dass die Hausärzte, wenn sie soziale Probleme bemerkten, sich nicht immer trauen würden, ihre Patienten darauf anzusprechen. Sie hätten Angst, dass die Patienten nicht wieder in die Praxis kommen könnten. Außerdem gäbe es Patienten, die sich Hilfen verweigerten, sobald der Hausarzt auf ihre außermedizinischen Probleme zu sprechen käme oder diese in der Praxis gar nicht erst zugäben und sich dem Thema verschlössen.

Gefragt wurden die Hausärzte außerdem, ob sie den Patienten in nichtmedizinischen, häufig sozial oder psychosozial bestimmten Fragen helfen könnten. Mehrere Teilnehmer betonten, dass sie ihren Patienten in diesen Fragen helfen wollten und dies je nach Anliegen auch könnten. Zumindest sei es möglich, den Patienten eine Richtung zu weisen oder ein Konzept zu geben. Eine Teilnehmerin ist sich sicher, Patienten „in allen Lebensbereichen“ (T9, Z. 156) helfen zu können. Die Hilfe fände oft aus der eigenen Erfahrung heraus statt. Einige Stimmen sehen ihre Möglichkeit durchaus eingeschränkter. Ein Teilnehmer beschrieb seine Beratung der Patienten in nichtmedizinischen Anliegen: „Wir bemühen uns darum, und manchmal gelingt es, manchmal gelingt es nicht“ (T1, Z. 100-101). Oft würden der hohe Aufwand schwieriger Gespräche und der Zeitmangel in der Hausarztpraxis verhindern, dass die Hausärzte ihren Patienten bei sozialen Problemen helfend zur Seite stehen.

3.8.3 Zusammenfassung

Abschließend lassen sich für das Kapitel „Die Rolle des Hausarztes in der Arzt-Patienten-Beziehung und sein Umgang mit sozialen Problemen“ folgende Aussagen festhalten:

- Ein Hausarzt wird als besonderer Ansprechpartner und als Vertrauensperson für Patienten angesehen, bisweilen oder sogar öfter auch für nichtmedizinische und psychosoziale Anliegen. Hoher Aufwand und Zeitmangel könnten Beschäftigung des Hausarztes mit sozialen Problemen einschränken
- Sozialarbeiter bemängeln, dass Ärzte soziale Probleme nicht wahrnehmen. Die befragten Hausärzte widersprechen dem
- Der Kontakt von Patienten zum Hausarzt wird als einfacher eingeschätzt als Kontaktaufnahme zur sozialen Arbeit
- Ein Hausarzt übernimmt öfter die Rolle eines Sozialarbeiters, wenn dies von Patienten gefordert wird. Einige befragte Ärzte sehen dies positiv, einige negativ
- Die Hausärzte können diesen Anspruch der Patienten oft nicht erfüllen, da sie nicht qualifiziert für Aufgaben aus der Sozialarbeit sind. Einige Hausärzte fühlen sich jedoch überqualifiziert

- Einige ärztliche Stimmen wünschen sich Unterstützung durch die Sozialarbeit, auch im Sinne einer Aufgabenteilung. Einige Sozialarbeiter hingegen kritisierten das „Abladen von Problemen“ bei ihnen

3.9 Vermittlung zwischen Patient und Sozialarbeit

3.9.1 Darstellung der Ergebnisse: Sozialarbeiter

In der Fokusgruppensitzung der Sozialarbeiter kam die Vermittlung des Hausarztes zwischen Patient und Sozialarbeit nicht zur Sprache.

3.9.2 Darstellung der Ergebnisse: Hausärzte

Wie beschrieben sehen sich die Hausärzte mit sozialen Problemen ihrer Patienten konfrontiert und versuchen durchaus, selber Lösungsansätze zu finden. Allerdings stellten sie im Laufe der Interviews heraus, dass sie ihre Patienten durchaus auch an die Sozialarbeit vermitteln und sich somit in der Rolle des Vermittlers zwischen Patienten und sozialer Arbeit sehen. Ihre Patienten zum Kontakt mit sozialer Arbeit zu ermutigen, beurteilen die Interviewpartner durchweg positiv. Dies geschehe vor allem durch Weitergabe von Kontaktinformationen zum Beispiel in Form von Flyern oder durch alleinige Information der Patienten über die Existenz entsprechender Beratungseinrichtungen.

Einige Hausärzte sehen diese Vermittlung an Sozialarbeit als notwendig an, da Patienten nicht immer in der Lage seien, sich selber über Kontaktadressen und Ansprechpartner zu informieren. Eine schriftliche Information sei am wirksamsten, zum Beispiel in Form von Flyern. Ein Hausarzt postulierte, dass eine Art Überweisung zur Sozialarbeit wahrscheinlich am erfolgreichsten wäre, damit Patienten das Angebot wahrnehmen.

Die Hausärzte wurden im Interview gebeten, sich in die Lage ihrer Patienten hineinzusetzen und sich vorzustellen, sie würden von ihrem Hausarzt an die Sozialarbeit verwiesen. Daraufhin waren viele Interviewpartner der Ansicht, die Patienten nähmen dies durchaus positiv auf und wären dankbar für Kontaktinformationen. Viele Patienten würden vermutlich der Empfehlung des Arztes folgen.

Es gab jedoch auch Beobachtungen einiger Hausärzte, dass das Mitgeben von Kontaktadressen oft erfolglos sei, da Patienten nicht immer die Energie aufbringen könnten, den Schritt zur Kontaktaufnahme mit Sozialarbeit zu gehen.

3.9.3 Zusammenfassung

Resümierend ergeben sich aus dem Kapitel „Vermittlung zwischen Patient und Sozialarbeit“ folgende Inhalte:

- Die befragten Hausärzte sehen sich durchaus als Vermittler zwischen Patient und Sozialarbeit durch Weitergabe von (Kontakt-) Informationen, die Hausärzte wollen auch Aufgaben an die Sozialarbeit abgeben
- Patienten brauchen aus Sicht der Hausärzte diese Vermittlung, am besten schriftlich
- Die Patienten seien meist dankbar für Vermittlung an Sozialarbeit, der Hausarzt kann ihnen Wege in das soziale Netz öffnen

3.10 Erfahrungen mit bisherigen Kontakten, Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Hausärzten und Sozialarbeitern

3.10.1 Darstellung der Ergebnisse: Sozialarbeiter

Die Sozialarbeiter sprachen in der Fokusgruppensitzung unter anderem über ihre bisherige Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und ihrer eigenen Profession und nannten einige Situationen, in denen die Zusammenarbeit gut funktioniere. Darunter zählten zum Beispiel durch Hausärzte betreute Flüchtlingsunterkünfte oder Pilotprojekte in Altenheimen. In der gemeinsamen Betreuung von Menschen in der Drogensubstitution arbeite die Sozialarbeit „mit Ärzten, mit zehn an der Zahl, wirklich so ganz gut zusammen [...]“ (B6, Z. 623-625). Eine Teilnehmerin betonte die Unterstützung der Sozialarbeit durch Hausärzte: „Also wir nehmen an vielen Stellen, ich habe ja auch Beispiele genannt, Ärzte als durchaus unterstützend wahr“ (B2, Z. 1393-1395). Dies betreffe beispielsweise die Erziehungs- oder Suchtberatung.

Jedoch existierten auch kritischere Stimmen, die die Kooperationen als beliebig bezeichneten. Zudem sei Zusammenarbeit aufgrund der Komplexität der Probleme schwierig. Außerdem sei die Kommunikation zwischen Hausärzten und Sozialarbeitern mangelbehaftet. Die Sozialarbeiter seien oft nicht erfolgreich, auf Hausärzte zuzugehen.

„Handshakes [herstellen] können Ärzte offenbar sehr sehr gut und zwar in anderen Systemen“ (B4, Z. 786-787), nur nicht mit Sozialarbeit. Nachdrücklich sehen die Fokusgruppenteilnehmer die zeitlich schlechte Erreichbarkeit der Ärzte als problematisch an.

3.10.2 Darstellung der Ergebnisse: Hausärzte

Die Hausärzte wurden im Laufe der Interviews aufgefordert, von vorhandenen Kontakten zu und bestehender Zusammenarbeit mit Sozialarbeit zu berichten. Zur Sprache kamen Sozialarbeiter, welche die Patienten in die Praxis begleiten und anschließend die Umsetzung der Therapie oder Vorstellungen bei Fachärzten unterstützen. Zudem bestünden Kontakte zu kirchlichen Organisationen, Caritas und AWO, zu sozialpsychiatrischen Zentren und zu dem Sozialamt. Auch existierten Begegnungen mit den Sozialdiensten in Krankenhäusern, Schulen und in Hospizen. Die Hausärzte berichteten von durchaus positiver Zusammenarbeit. Für einige der Ärzte stellt Kooperation mit Sozialarbeit einen regelmäßigen und selbstverständlichen Teil ihres Alltags dar. Sie sehen mit wenigen Ausnahmen die bisherige Zusammenarbeit auf Augenhöhe und nicht als Abladen von Problemen an.

Die bestehenden Kontakte umfassen verschiedene Patientengruppen. Die Hausärzte nannten unter anderem die Bereiche ältere oder chronisch kranke Patienten, Geflüchtete, Obdachlose und psychiatrisch Erkrankte. Außerdem bestünden Kontakte bezüglich Drogen- und Alkoholabhängigen, Minderjährigen und Kindern mit Schulproblemen, bei ungewollten Schwangerschaften und bei Familien in Not. Einige der befragten Hausärzte berichteten von guten Erfahrungen mit der Sozialarbeit.

Die Hausärzte sollten zudem berichten, wie oft ein Kontakt zur Zusammenarbeit führe. Kontakte werden aus Sicht einiger Ärzte durchaus als Zusammenarbeit wahrgenommen, wie folgender Teilnehmer feststellte: „Kontakt ist für mich eigentlich Zusammenarbeit“ (T10, Z. 87). Viele befragte Hausärzte berichteten von regelmäßiger und selbstverständlicher Zusammenarbeit. Auch fände diese auf Augenhöhe statt, sie würden nicht von oben herab an die Sozialarbeit delegieren.

Einzelne andere Hausärzte berichteten, dass Kontaktaufnahme zur Sozialarbeit bisher selten erfolgte oder nicht erfolgreich gewesen sei. Die Kontakte seien behelfsmäßig und

basierten nicht auf großen sozialen Netzwerken. Eine Teilnehmerin legte überdies dar, sie habe noch nie persönlichen Kontakt zu Sozialarbeitern gehabt. Zudem stellten einige Hausärzte die vorhandenen Kontakte als einseitig dar. Nach Vermittlung von Patienten an die Sozialarbeit gäbe es keinen weiteren Kontakt, Rückmeldung erfolge meist nicht über die Sozialarbeit, sondern, wenn überhaupt, über den Patienten.

Die Erreichbarkeit sei auf beiden Seiten mangelhaft, vor allem die schlechte telefonische Erreichbarkeit der Hausärzte würde Kommunikation und Informationsfluss verhindern. Sozialarbeiter deuteten an, dass man zwar beim Hausarzt anrufen, aber aufgrund der Sprechstundenzeiten nicht durchgestellt werden könne. Hausärzte bestätigten dies. Ein Teilnehmer identifizierte ein „Organisations- und Ablaufproblem“ (T7, Z. 351) zwischen den beiden Berufsgruppen.

3.10.3 Zusammenfassung

Abschließend lassen sich für das Kapitel „Erfahrungen mit bisherigen Kontakten, Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Hausärzten und Sozialarbeitern“ folgende Punkte festhalten:

- Geschildert wurden überwiegend positive, auch weniger positive Erfahrungen mit der Zusammenarbeit in beiden Berufsgruppen, ein Ausbau war häufig erwünscht
- Kooperationen mit Sozialarbeit sind für viele Ärzte selbstverständlich, Kooperationen sollten fest im Alltag verankert werden
- Häufigkeit und Qualität wirken jedoch sehr inhomogen in beiden Gruppen
- Die Hausärzte berichteten von Zusammenarbeit auf Augenhöhe und gelegentlich Delegation an Sozialarbeit
- Die Kommunikation wird bemängelt, die schlechte Erreichbarkeit beider Gruppen wird kritisiert. Hausärzte beklagen fehlende Rückmeldung von den Sozialarbeitern

3.11 Hindernisse für Zusammenarbeit und Kommunikation (exklusive Information und Finanzierung)

3.11.1 Darstellung der Ergebnisse: Sozialarbeiter

Die Fokusgruppenteilnehmer redeten nicht nur über ihre bisherigen Erfahrungen mit Zusammenarbeit mit Hausärzten, sondern sprachen zudem Hindernisse an, die einer vertieften Kooperation und Kommunikation im Wege stehen könnten. Als Problem sehen sie den Datenschutz, welches man jedoch durch Koordination vor Ort zusammen mit dem Patienten beheben könne.

Außerdem würde Zeitmangel auf Seiten der Hausärzte die Zusammenarbeit verhindern, zumal soziale Arbeit zeitaufwendig sei: „Wenn er noch seinen Sozialarbeiter mitnimmt, braucht er noch länger, weil wir reden auch gerne“ (B6, Z. 327-329). Ein Teilnehmer merkte an, dass im Allgemeinen die für Zusammenarbeit nötigen Ressourcen auf beiden Seiten nicht vorhanden seien.

3.11.2 Darstellung der Ergebnisse: Hausärzte

Die Hausärzte wurden gefragt, welche Gründe aus ihrer Sicht eine Zusammenarbeit verhindern könnten. Auch sie sehen den Datenschutz und ihre ärztliche Schweigepflicht als ein Hindernis für Kontaktaufnahme und Kommunikation, worunter die Verständigung leide. Alle Befragten identifizierten zudem den ärztlichen Zeitmangel als Schwierigkeit. Dadurch würden die Kontaktaufnahme mit Sozialarbeit und die Zusammenarbeit erschwert. Ein Teilnehmer sieht fehlende Zeit als „Grundproblem in der Hausarztpraxis“ (T7, Z. 314-315).

Als weiteres Problem sehen die Hausärzte den Arbeitsaufwand, der mit Kooperationen verbunden sei. Zusammenarbeit sei sinnlos, wenn der Aufwand größer sei als der Nutzen. Der hohe Aufwand sei vor allem ärztlichen Kollegen „einfach lästig“ (T9, Z. 259). Eine Teilnehmerin sagte über sich selber, sie sei manchmal „zu faul und zu bequem“ (T8, Z. 261-263), vermehrten Kontakt zu sozialen Stellen aufzunehmen. Der Aufwand sei laut einer Teilnehmerin z.B. durch E-Mail-Kontakte geringer, da diese zeitunabhängig seien.

3.11.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend erscheinen folgende Inhalte in dem Kapitel „Hindernisse für Zusammenarbeit und Kommunikation“:

- Datenschutz und Schweigepflicht behindern die Kommunikation
- Der Zeitmangel der Ärzte sei ein Problem, Erleichterung durch andere Medien, z.B. E-Mail möglich
- Arbeitsaufwand für Ärzte verhindert Kooperation, Zusammenarbeit stellt momentan gegebenenfalls keinen Mehrwert dar, die Abläufe müssten verbessert werden

3.12 Ansätze für eine Verbesserung der Situation

3.12.1 Darstellung der Ergebnisse: Sozialarbeiter

Mit Blick auf die verbesserungswürdige Situation sprachen sich die Fokusgruppenteilnehmer für eine Verstärkung von Zusammenarbeit zwischen Hausarztmedizin und Sozialarbeit und eine Ausweitung interdisziplinärer Angebote aus. Dies sei vor allem in Suchtproblematiken notwendig. Eine Teilnehmerin bezeichnete gemeinsame Fallverantwortung mit den Hausärzten als „Kür des Sozialarbeiters“ (B2, Z. 496). Von intensiver Zusammenarbeit würden beide Berufsgruppen profitieren. Die Sozialarbeiter merkten an, wie schon oben aufgeführt, dass Kooperation nur mit guter Kommunikation funktionieren könne.

Die Sozialarbeiter unterstrichen, dass Kooperationen zwischen den Berufsgruppen strukturell und gesetzlich verankert werden müssten, um zu funktionieren. Dabei sei der Hausarzt als Teil des sozialen Netzwerkes gewünscht. Vor allem auf lokaler Ebene sollten Netzwerkarbeit und Kommunikation erfolgen. Ein Teilnehmer fasste dies unter den Begriff „Quartiersmanagement“ (B3, Z. 708) zusammen. Ansprechpartner müssten lokal erreichbar sein und Netzwerke sich vor Ort bilden.

Zudem wünschen sich die Fokusgruppenteilnehmer eine transparente Gestaltung von Kooperationen und Kommunikation auf Augenhöhe. Akzeptanz auf beiden Seiten sei wichtig. Ferner sollten beide Berufsgruppen zur Zusammenarbeit bereit sein und den Nutzen erkennen. Außerdem müsse jeder in die Zusammenarbeit investieren, damit diese erfolgreich sein könne: „Es [kommt] wirklich darauf an, dass jeder auch ein

bisschen was investiert und rein gibt in die Kooperation“ (B5, Z. 441-443). Eine Teilnehmerin forderte die Klärung gegenseitiger Erwartungen vor der Zusammenarbeit, da sonst Enttäuschungen und Frust folgen könnten.

Die Fokusgruppenteilnehmer nannten Berufsgruppen, welche eine Verbindung zwischen den Sozialarbeitern und Hausärzten darstellen würden. Dies sei in der Vergangenheit die Gemeindeschwester gewesen, derzeit könnten Familienhebamme und Familien-Gesundheits-Kinder-Krankenpfleger eine Verknüpfung herstellen.

3.12.2 Darstellung der Ergebnisse: Hausärzte

Auch die Hausärzte wünschen einen Ausbau der bestehenden Kooperationen, da sie auf die Frage nach ihrem Bedürfnis nach mehr Zusammenarbeit durchweg positiv antworteten. Sozialarbeit und Hausarztmedizin müssten „Hand in Hand“ (T5, Z. 315) gehen, ein Teilnehmer bezeichnete dies als die Zukunft der Professionen. Netzwerkarbeit sei sinnvoll, solange der zeitliche Aufwand angemessen bliebe. Einige Hausärzte finden Zusammenarbeit gerade dann zweckmäßig, wenn sie der eigenen Arbeitserleichterung und fachlicher Unterstützung dient. Außerdem müsse die Kooperation vor allem den Patienten helfen und deren Behandlung verbessern.

Im Laufe der Interviews wurden die Hausärzte gebeten, Vorschläge zur Verbesserung der Zusammenarbeit zu machen. Eine Hausärztin wünscht sich, sie würde von sich aus mehr Kontakt suchen. Allerdings seien nur so viel Zusammenarbeit und Kommunikation wie nötig gewünscht. Ein Teilnehmer braucht „keinen Austausch an Sozialarbeiter an sich“ (T1, Z. 211). Kooperationen seien nur sinnvoll, wenn erfolgreich, dies könnte man durch Systematisierung der Abläufe erreichen.

Die Hausärzte fordern eine bessere Erkennbarkeit und Präsentation des sozialen Netzes und eine erleichterte Kontaktaufnahme mit der Sozialarbeit. Das soziale Netz müsse zeitlich und örtlich sowie telefonisch gut erreichbar sein. Mit vereinfachter Erreichbarkeit würden sich Hausärzte womöglich häufiger an die soziale Arbeit wenden. Hierfür wünschen mehrere Hausärzte persönlichen Kontakt auf lokaler Ebene. Eine Teilnehmerin wünscht sich „einen Ansprechpartner vor Ort“ (T5, Z. 251) oder sogar einen in der Praxis angestellten Sozialarbeiter. Bereitschaft zu Zusammenarbeit und Akzeptanz auf beiden Seiten seien essentiell.

Bisher finde Zusammenarbeit ja vor allem dann statt, wenn der Kontakt von den Sozialarbeitern komme. Der zuständige Sozialarbeiter solle den Hausarzt über sein Vorgehen informieren, gerne auch in schriftlicher Form. Eine Hausärztin stelle dafür zum Beispiel ihre Handynummer zu Verfügung. Die Hausärzte wünschen sich Rückmeldung seitens der Sozialarbeit bezüglich der Betreuung von Patienten, vor allem in den Fällen, in denen der Hausarzt den Kontakt zur sozialen Arbeit in die Wege geleitet hat.

3.12.3 Zusammenfassung

Abschließend stellen sich folgende Inhalte in dem Kapitel „Ansätze für eine Verbesserung der Situation“ dar:

- Mehr und bessere Kooperationen sind von beiden Berufsgruppen erwünscht, solange der Nutzen den Arbeitsaufwand überwiegt
- Gute Kommunikation muss Grundlage bilden
- Hausärzte sollen in das soziale Netzwerk integriert werden
- Sozialarbeiter wollen Kooperationen strukturell verankert
- Hausärzte wünschen Kontaktaufnahme, Patientenübernahme in geeigneten Fällen und Rückmeldung seitens der Sozialarbeit

3.13 Wissen über das soziale Netz und Kenntnis voneinander

3.13.1 Darstellung der Ergebnisse: Sozialarbeiter

Die Fokusgruppenteilnehmer stellten fest, dass ausreichende Kenntnis voneinander essentiell für gute Zusammenarbeit sei. Die Berufsgruppen sollten über die jeweils andere informiert sein. Vor allem die Hausärzte müssten Wissen über das soziale Netz erwerben und sollten zumindest über die wichtigsten Kontaktadressen verfügen. Diese Kenntnis voneinander müsse am besten schon früh im Zuge der Ausbildung geschaffen werden. Im Studium initiierte fachbezogene Bekanntschaften blieben möglicherweise längerfristig bestehen.

Die Sozialarbeiter merkten an, dass Hausärzte oft nur plakatives Wissen über das soziale Netz hätten. Ein kompletter Überblick „über das ausdifferenzierte, spezialisierte Angebot der gesamten Sozialarbeit“ (B5, Z. 255-258) sei allerdings auch ihnen nicht möglich. Sogar die sozialen Koordinierungsstellen hätten keinen Überblick über das

soziale Netz. Die Fokusgruppenteilnehmer stellten sich zudem die Frage, ob die hausärztliche Ausbildung ein Kennenlernen der sozialen Strukturen überhaupt vorsieht. Außerdem vermuteten die Teilnehmer, dass Ärzte kein Interesse an Infoveranstaltungen des sozialen Netzes hätten. Auch würden Ärzte sich nicht selbstständig über Angebote der sozialen Arbeit informieren. Andererseits würden die Sozialarbeiter die Leistungen der Hausärzte nicht kennen.

Die Fokusgruppenteilnehmer machten im Laufe der Sitzung einige Vorschläge, wie Wissen voneinander und Bekanntschaften geschaffen werden könnten. Dies sei zum Beispiel mit „kooperativ gestalteten (...) Weiterbildungen“ (B4, Z. 224-226) möglich. Auch könne eine übersichtliche Kontaktliste der sozialen Arbeit den Hausärzten von Nutzen sein. Die Sozialarbeiter fordern, dass Hausärzte die bisweilen vorhandenen Kontakte der Patienten zu sozialer Arbeit besser nutzen sollten. Zudem wünschen sich die Sozialarbeiter zentrale Koordinierungs- und Kontaktstellen, die als Anlaufstelle für Hausärzte dienen könnten. Diese wurden unter die Begriffe Lotsensystem und Clearingstelle gefasst. Einige Einrichtungen der sozialen Arbeit besäßen Clearingstellen. Ein Teilnehmer stellte antithetisch die Frage, inwiefern Hausärzte ein Lotsensystem überhaupt nutzen wollten.

3.13.2 Darstellung der Ergebnisse: Hausärzte

Im Zuge der Interviews wurden die Hausärzte gebeten zu berichten, ob sie Ansprechpartner im sozialen Netz für verschiedene Anliegen haben. Viele Teilnehmer sagten daraufhin aus, dass ihr Wissen diesbezüglich lückenhaft oder nicht vorhanden sei. Ihr Überblick über das vorhandene Angebot sei schlecht. Ihre eigene „Uninformiertheit“ (T2, Z. 264) sei Hindernis für die Kooperation mit Sozialarbeit, bedauerten manche der Hausärzte.

Ein Problem sei aus Sicht einiger Hausärzte, dass die Informationen über das soziale Netz, zum Beispiel in Form von Informationsmaterial, nicht an sie herangetragen oder sie nicht erreichen würden. Ein Kontakt würde selten seitens der Sozialarbeit hergestellt. Jedoch könnten nur so Kooperationen entstehen. Einige Hausärzte bemerkten aber, dass selbst Sozialarbeiter nicht alle Zuständigkeiten im sozialen Netz kennen. Im Gegensatz dazu stehen die Stimmen anderer Teilnehmer welche angaben,

Ansprechpartner und die sozialen Strukturen zu kennen. Eine Teilnehmerin erwähnte, dass sie keine weiteren Informationen mehr benötige.

Die Befragten wurden gebeten zu erzählen, wie sie sich bislang über das soziale Netz informiert hätten. Viele Hausärzte nannten daraufhin das Internet und Telefonbücher. Aber auch durch Informationsblätter oder persönliche Vorstellung der Sozialarbeiter bei den Hausärzten würde Kenntnis geschaffen. Viele der Hausärzte nutzten auch Erfahrungen des Umfeldes oder der Patienten als Informationsquelle. Allgemein würde die Kenntnis über das soziale Netz mit der Erfahrung im Beruf steigen.

Die Hausärzte sehen gutes Wissen über das soziale Netz als essentiell für eine gute Zusammenarbeit an. Auch eine weitergehende gegenseitige Kenntnisnahme der beiden Berufsgruppen sei wichtig. Die Frage, ob sie sich mehr Informationen wünschen würden, bejahten fast alle Interviewteilnehmer. Bereitgestellte Kontaktdaten würden die Arbeit der Hausärzte erleichtern. Vor allem für Berufsanfänger seien Informationen sehr hilfreich.

Die Ärzte wurden im Interview gebeten, Vorschläge zur Form der Bereitstellung von Informationen über das soziale Netz zu machen. Viele Interview-Teilnehmer wünschten sich demnach eine aktuelle, übersichtliche Zusammenstellung des sozialen Netzes als Kontaktliste mit Telefonnummern und Adressen. Diese solle idealerweise aktuell sein. Auch Auskünfte in schriftlicher Form als Flyer oder im Internet seien erwünscht. Einige Hausärzte nannten zudem eine zentrale Rufnummer oder Vermittlungsstelle als Möglichkeit, welche die Kontaktaufnahme zur Sozialarbeit zu erleichtern könne. Gewünscht wurden auch Informationsveranstaltungen und persönliches Vorstellen der sozialen Stellen in den Praxen.

Einige Hausärzte merkten an, dass die Sozialarbeit versuche, sich zum Beispiel mit Flyern bei den Ärzten bekannt zu machen. Eine Teilnehmerin gab zu, dass sie eine eventuell vorhandene Kontaktliste nicht kenne. Die mangelnde Information der Hausärzte sei nicht Fehler der Sozialarbeit. Allerdings seien viele Informationen im Internet eher auf den Patienten, nicht auf den Hausarzt zugeschnitten.

3.13.3 Zusammenfassung

Resümierend ergeben sich in dem Kapitel „Wissen über das soziale Netz und Kenntnis voneinander“ folgende Punkte:

- Kenntnis und Wissen voneinander sind essentiell für gute Zusammenarbeit
- Sozialarbeiter bemängeln geringes Wissen bzw. Interesse der Hausärzte und fordern gegenseitige Kenntnisnahme und Zusammenarbeit in der Ausbildung
- Einige Hausärzte schreiben sich gute Kenntnis über das soziale Netz zu, einige weniger
- Unterschiedlich guter Überblick beider Berufsgruppen über soziale Arbeit als Hindernis für eine gute Zusammenarbeit, gegenseitige Wahrnehmung auf lokaler Ebene könnte die Lösung darstellen
- Informationen der Sozialarbeit würden Hausärzte nicht erreichen, Kontaktaufnahmen seien nicht erfolgreich. Informationssystem sollten vereinheitlicht und übersichtlich strukturiert werden
- Sozialarbeiter zeigen sich frustriert über schwere Zugänglichkeit der Ärzte für Informationen
- Hausärzte bekommen Informationen bisher unstrukturiert über verschiedene Quellen, sie wünschen ein übersichtliches und gut erreichbares Informationssystem

3.14 Finanzierung der Zusammenarbeit

3.14.1 Darstellung der Ergebnisse: Sozialarbeiter

Die Sozialarbeiter vermuteten als großes Hindernis der Zusammenarbeit zwischen den beiden Professionen die fehlende Bezahlung des Arztes in diesem Kontext. Kein Arzt vernetze sich und kommuniziere mit Sozialarbeit, solange dies nicht bezahlt werde. Eine Fokusgruppenteilnehmerin zeigte diesbezüglich Verständnis in Richtung der Ärzte, die ihrer Meinung nach „unternehmerisch“ (B5, Z. 310) denken müssten.

Im Laufe der Fokusgruppensitzung berichteten die Teilnehmer, dass die Vernetzung des Sozialarbeiters mit anderen Professionen und Institutionen bezahlt werde. Eine ähnliche Finanzierung der Hausärzte würde die Zusammenarbeit verbessern. Eine Teilnehmerin nannte ein sozialmedizinisches Zusatzzertifikat, das schon jetzt Ärzten die Möglichkeit

biere, sozialmedizinisches Arbeiten abzurechnen. Gemeint ist wahrscheinlich die Zusatzbezeichnung Sozialmedizin, welche Ärzte erlangen können.

3.14.2 Darstellung der Ergebnisse: Hausärzte

Im Zuge der Interviews wurden die Hausärzte mit der Vermutung der Sozialarbeiter konfrontiert, dass mangelnde Bezahlung der Ärzte Kooperationen und Kommunikation mit sozialer Arbeit verhindern könnte. Zunächst bestätigten viele der Befragten die Tatsache, dass sie für ebendiese Zusammenarbeit nicht bezahlt würden. Jedoch widersprachen die meisten Teilnehmer der Aussage der Sozialarbeiter, da für sie als Ärzte eine Zusammenarbeit und Kontaktaufnahme mit sozialer Arbeit unabhängig von der Bezahlung seien. Einerseits stehe für viele Hausärzte das Wohl des Patienten im Mittelpunkt, andererseits stellten Kooperationen eine Arbeitserleichterung dar, sodass sich auch unbezahlte Kontaktaufnahmen rentieren würden. Hingegen deuteten aber einige Hausärzte an, dass die fehlende Bezahlung bei ärztlichen Kollegen durchaus eine Rolle spielen und somit die Vermutung der Sozialarbeiter durchaus zutreffen könnte.

Zusätzlich wurden die Hausärzte gefragt, was sich an ihrem bisherigen Verhalten ändern würde, wenn Kooperationen mit sozialer Arbeit finanziert würden. Viele Hausärzte erwarten keine Veränderungen, weder im positiven, noch im negativen Sinne. Ein Arzt merkte an, dass die möglichen „2,50 € für ein Gespräch mit einem Sozialarbeiter“ (T1, Z. 314-315) nichts verändern würden. Eine weitere Teilnehmerin erwähnte zudem, dass sie von den zuständigen Stellen keine neuen Abrechnungsmöglichkeiten für Kooperationen mit Sozialarbeit erwarte. Eine Ärztin sah eine eventuelle Bezahlung der Sozialmedizin und Soziotherapie aus dem „Fonds der Medizin“ (T5, Z. 374) positiv.

Nur wenige Hausärzte nehmen an, dass eine Möglichkeit der Bezahlung die Zusammenarbeit in positivem Maße beeinflussen würde. Der Arzt würde in diesem Fall finanziell entlastet und hätte mehr Zeit für die einzelnen Patienten.

3.14.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend lassen sich zu dem Kapitel „Finanzierung der Zusammenarbeit“ folgende Punkte festhalten:

- Hausärzte werden im Gegensatz zu Sozialarbeitern für Kooperationen nicht bezahlt
- Dies vermuten Sozialarbeiter als ein Hindernis für Zusammenarbeit, wünschen den Hausärzten eine Finanzierung
- Hausärzte sehen fehlende Geldleistungen nicht als Hindernis, sie erwarten generell keine bessere Zusammenarbeit durch Bezahlung
- Finanzierung der Hausärzte könnte aus Sicht der Sozialarbeiter den finanziellen Druck der Ärzte entlasten

3.15 Ergebnisse und Interpretation des Interviews mit einem Psychiater

Im Zuge der Studie wurde nicht nur mit Hausärzten, sondern auch mit einem Psychiater ein Interview geführt, welches zur Kontrastierung der bisher erhobenen Ergebnisse dient. Im Folgenden werden die Aussagen des Psychiaters dargestellt. Die Darstellung orientiert sich an den vorangehend aufgezeigten Themenkomplexe.

Beginnend stellte die Interviewerin die Frage nach dem Psychiater bekannten Organisationen, die für ihn unter Sozialarbeit fielen. Für ihn spielen vor allem ambulante Pflegestellen mit sozialtherapeutischer Leistungen und Vereine wie beispielsweise der „Bonner Verein für gemeindenahe Psychiatrie“ (P, Z. 7), sowie private Träger des betreuten Wohnens oder die sozialpädagogische Familienhilfe eine wichtige Rolle. Zudem nannte der Befragte „integrierte Versorgungsmodelle“ (P, Z. 33), im Zuge derer Patienten sozialpsychiatrisch und soziotherapeutisch betreut würden. Er arbeite mit den von ihm genannten Organisationen zusammen, meist in der Form, dass Betreuer aus dem Feld „Betreutes Wohnen“ die Patienten in die Praxis begleiten würden oder Situationen am Telefon oder per Email mit ihnen geklärt werden könnten. In dieser Komm-Struktur besteht ein deutlicher Unterschied zu den interviewten Hausärzten.

Die Zusammenarbeit zwischen Psychiater und Sozialarbeitern wurde auch in einer anderen Ebene sichtbar. Oft würden die zuständigen Institutionen, beispielsweise der Bonner Verein für gemeindenahe Psychiatrie anfragen, ob der Arzt Kapazitäten für die

Behandlung weiterer psychiatrischer Patienten habe. Im Gegenzug dazu vermittelt der Arzt auch Patienten an die Träger psychiatrischer Sozialarbeit. Dies zeige die „synergistische[n] Effekte“ (P, Z. 60) der Berufsgruppen untereinander. Die Überantwortung seiner Patienten an die spezialisierte Sozialarbeit ist für den Psychiater unter anderem durch die Einleitung von Betreuungsverfahren gegeben. So lässt sich sagen, dass aus Sicht des Psychiaters die Professionen in der Betreuung psychiatrischer Patienten aufeinander angewiesen seien. Jedoch sei für Anträge und Formalitäten oft ein ärztliches Attest nötig sei. Somit nehme der Arzt durch seine Befugnisse eine Schlüsselstellung ein.

Der befragte Psychiater erläuterte, dass Patienten viele Hilfsangebote annehmen würden. Jedoch sähen psychiatrische Patienten Betreuungen skeptisch, da sie Angst vor Entmündigung hätten. Der Psychiater betonte hier die Wichtigkeit seiner guten Aufklärung, dass die gesetzliche Betreuung „eigentlich nur eine Hilfe darstellt und nicht eine Entmündigung“ (P, Z. 116-117).

Auch der Psychiater wurde gebeten zu beschreiben, inwiefern er sich in seiner ärztlichen Tätigkeit in der Rolle eines Sozialarbeiters wiederfinde. Dies träfe aus seiner Sicht nur begrenzt zu, vor allem liege seine Aufgabe in der Aufklärung über Betreuungsverfahren und die Möglichkeiten der Soziotherapie. Dennoch erwähnte der Psychiater, dass er als Arzt „anteilig die Funktion im weitesten Sinne eines Sozialarbeiters oder einer sozialarbeitenden Instanz übernehme“ (P, Z. 127-128). Auf die Frage, inwiefern er seinen Patienten in nichtmedizinischen Anliegen weiterhelfen könne, antwortete der Psychiater positiv. Das sei Teil des Berufes aller Mediziner und er sähe sich mit steigender Lebenserfahrung durchaus in der Lage, seinen Patienten „Empfehlungen und Tipps“ (P, Z. 138) zu geben.

Jedoch stimmte der Psychiater der Meinung einiger Sozialarbeiter zu, indem auch er annimmt, dass vor allem in der Hausarztpraxis die sozialen Probleme der Patienten häufig nicht gesehen oder angesprochen würden (vgl. Kapitel 3.8.3). Grund hierfür seien Zeitmangel des Arztes durch eine „überfüllte Praxissituation“ (P, Z. 64) und die systembedingte geringe Förderung der „sprechende[n] Medizin“ (P, Z. 164). Dasselbe Problem sieht er auch in der psychiatrischen Praxis. Zudem erkennt er die Angst des Arztes vor den Konsequenzen, die ein aufgedecktes Problem mit sich ziehen kann.

Dazu zählt für den Psychiater die Pflicht des Arztes, die Gefährdungssituationen zu dokumentieren und danach zu handeln. Deshalb würden viele Ärzte ein Ansprechen sozialer Problematiken scheuen, „weil man [...] Angst davor hat, dass es vielleicht dann viel komplexer und auch schwieriger wird“ (P, Z. 188-190).

Im Laufe des Interviews deckte der Arzt einige Hindernisse auf, welche die Zusammenarbeit zwischen ihm und sozialer Arbeit erschweren könnten. Als wichtigen Punkt sieht er das Kapazitätsproblem in seiner Praxis, da er die vielen Anfragen zur Betreuung neuer Patienten nicht alle aufnehmen könne. Ein weiteres Problem sei sein eigenes Informationsdefizit bezüglich der Angebote sozialer Arbeit. Im stünde keine zentrale Informationsstelle zur Verfügung. Die Information seitens der Sozialvereine reiche oft nicht aus. Bisher bekäme er seine Informationen durch Recherche im Internet oder Kontakte zu ihm bekannten Mitarbeitern entsprechender Träger der Wohlfahrt und der Sozialarbeit. Sein Wissensdefizit behindere auch seine Hilfe für die Patienten, da er nicht das gesamte verfügbare Angebot kenne.

Ähnlich wie Hausärzte und Sozialarbeiter wünscht sich der Psychiater eine zentrale Informationsstelle, die Empfehlungen und Hilfe aussprechen könne (vgl. Kapitel 3.13.3). Nach seiner Vorstellung solle eine Servicestelle telefonisch erreichbar und sogar idealerweise mit Fachleuten aus Soziotherapie und Psychotherapie besetzt sein, die in einer Art Expertenrunde das genannte Problem diskutieren und „lösungsorientiert dann entsprechende Vorschläge“ (P, Z. 228) machen könnten.

Sein Wunsch deutet an, dass Ärzte für Psychiatrie nicht nur Kontaktdaten benötigen, sondern auch einen konkreten Lösungsvorschlag von verschiedenen Fachleuten für das jeweilige psychosoziale Problem begrüßen würden: „[...] dass da verschiedene Instanzen an dieser Stelle vielleicht auch angestellt wären und würden dann da möglicherweise auch komplexere Sachverhalte untereinander diskutieren und dann einen Rückruf garantieren, um lösungsorientiert dann entsprechende Vorschläge machen zu können“ (P, Z. 225-229).

Im Laufe des Interviews wurde der Psychiater mit der Aussage der Sozialarbeiter konfrontiert, fehlende Finanzierung würde die Zusammenarbeit seitens der Ärzte verhindern. Er betonte daraufhin, dass Telefonate mit sozialer Arbeit viel Zeit kosteten.

Die Zusammenarbeit würde sich für beide Seiten verbessern, wenn man sie als „Krankenkassenleistung deklarieren könnte“ (P, Z. 266).

Auf die Frage, ob er sich einen therapeutischen Einfluss der Sozialarbeit vorstellen könne, reagierte der Psychiater positiv. Er betonte, dass die Vermischung von „soziotherapeutische[n] (...) mit psychotherapeutischen Methoden“ (P, Z. 148-149) effektiver sei als die in Richtlinien festgelegten „verfahrenstherapeutischen Behandlungen, die nur (...) von psychologischen Psychotherapeuten oder Fachärzten“ (P, Z. 151-152) ausgeführt werden dürften. Aus seiner Sicht scheitere die Kooperation im psychiatrischen Bereich an starren Gesetzen und Kostenträgern, sodass er augenscheinlich eine Änderung positiv sehen würde. Abschließend erwähnte der Psychiater, dass er Sozialarbeit insgesamt als sehr positiv erleben würde.

Zusammenfassend lassen sich die Ergebnisse aus dem Interview mit dem Psychiater in folgenden Punkten festhalten:

- Dieser Psychiater hat bedingt durch seine Arbeit bedingt ein genaueres Bild der Sozialarbeit
- Eine synergistische und enge Beziehung zwischen dem Psychiater und der Sozialarbeit wird ersichtlich, dennoch bleibt die Sonderposition des Arztes
- Psychiater ist sich in der zusätzlichen Rolle des Sozialarbeiters sicherer als viele Hausärzte
- Zeitmangel des Arztes und Informationsdefizit über Angebote der Sozialarbeit werden auch von ihm als Probleme identifiziert
- Es besteht der Wunsch nach einer zentralen Informationsstelle zur Lösung sozialpsychiatrischer Probleme
- Der Psychiater erwartet effektiveres Zusammenarbeiten durch eine Honorierung von Krankenkassen
- Eine Kooperation der Systeme könnte Patientenbetreuung und –therapie verbessern, bisher würde dies verhindert durch starre Strukturen auf beiden Seiten
- Dieser Psychiater erlebt Sozialarbeit als sehr positiv

4. Diskussion

Dieser Teil der Arbeit diskutiert zunächst Antworten auf die gestellten Forschungsfragen und vergleicht die Ergebnisse mit der Literatur. Zuerst werden die Positionen beider Berufsgruppen im sozialen System behandelt. Anschließend folgt die Diskussion der geschilderten Erfahrungen und Hindernissen sowie Vorschlägen zur möglichen zukünftigen Zusammenarbeit. Es folgt die Reflexion der Stärken und Schwächen der Studie. Abschließend wird ein Ausblick gegeben.

4.1 Position der Sozialarbeiter

Zur gesellschaftlichen Position der Sozialarbeit und ihrer Interaktion mit anderen Professionen finden sich in der internationalen Literatur zahlreiche Studien. Döbl et al. (2015) untersuchten ein Konzept, welches zur Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung in Neuseeland existiert, im Zuge dessen Sozialarbeiter in die Primary Health Care integriert wurden. Sie befragten zunächst die Sozialarbeiter sowie partizipierende Allgemeinmediziner und beschrieben als ein Ergebnis ihrer Studie die einzigartige Rolle der Sozialarbeit, die sie von anderen Professionen im medizinischen Rahmen unterscheidet. Die Einzigartigkeit werde zum Beispiel im Aufbau von persönlichen Beziehungen sichtbar. Für die Arbeit eines Sozialarbeiters sei es essentiell, vertrauensvolle Beziehungen zu Klient und Team zu etablieren. Außerdem sahen Döbl et al. (2015) eine effektive sozialarbeiterische Kommunikation mit anderen Professionen als Alleinstellungsmerkmal der sozialen Arbeit. Glaser und Suter (2016) befragten in Kanada 13 Sozialarbeiter, die in Gesundheitsteams integriert arbeiteten. Sie betonten den Blick auf die sozialen Probleme von Patienten, der anderen Berufsgruppen fehle. Ähnliche Ergebnisse erbrachte die Auswertung mehrerer Fokusgruppen von Mangan et al. (2015): Wie in unseren Untersuchungen wurden Beschäftigte in der Allgemeinmedizin und Sozialarbeit in insgesamt sieben Fokusgruppensitzungen befragt. Dadurch ergab sich eine weite Bandbreite an Meinungen und Ergebnissen, welche einem durchaus auch widersprüchlich erscheinen können. Die Befragung fand regional in den West Midlands in Großbritannien statt und betraf ganze Teams mit insgesamt 57 Teilnehmern. Jeweils ein ärztliches und ein sozialarbeiterisches Team stammten aus derselben Region. Die teilnehmenden

Sozialarbeiter beschrieben ihre ganzheitliche Sicht auf den Menschen und betonten die ehrliche und offene Beziehung zwischen sich und ihren Klienten (Mangan et al., 2015). Dabei blieben sie unklar, worauf die ganzheitliche Sicht der Sozialarbeiter fußt.

Auch unsere Sozialarbeiter erwähnten Alleinstellungsmerkmale wie ihren umfassenden Blick auf soziale Probleme und betonten das vernetzte Arbeiten. Diese Selbstverständlichkeit als einzigartig oder Alleinstellungsmerkmal herauszustellen erstaunt umso mehr, als dass Arbeit im sozialen Bereich ohne menschliche Nähe, einen guten Blick für die Probleme der anderen und ohne Kommunikation schlicht unvorstellbar ist. Erklärbar erscheinen diese Forschungsergebnisse nur vor dem Hintergrund von besonderen sozialarbeiterischen Erfahrungen in prekären Lebensbereichen wie Wohnghettos, Straßenszene, Obdachlosigkeit, Wanderarbeit etc., um welche sich professionell sonst kaum jemand kümmert. Sowieso kommen Mitmenschlichkeit, Kommunikation und Beistand generell in der Leistungsgesellschaft inklusive Medizinbetrieb häufig zu kurz. Vielleicht gerade deshalb beansprucht die Allgemeinmedizin ganzheitliches Arbeiten, ihrerseits auf der Basis des umfassenden biopsychosozialen Modells von Gesundheit und Krankheit (DEGAM, 2012). Das Modell fußt auf dem Konzept der „Körper-Seele-Einheit“ und bezieht biologische, soziale sowie psychische Aspekte in Diagnostik und Therapie mit ein (Egger, 2015). Ganzheitliches Arbeiten – beide Professionen erheben Anspruch auf dieses idealistisch anmutende Bild, das die Befragten sowohl in den zitierten Studien als im Rahmen unserer Studie kaum konkretisierten.

Sozialarbeiter selber können ihre Rollen und Aufgabenfelder, so scheint es, nicht klar definieren. Breite und Komplexität der sozialen Arbeit könnten eine Ursache dafür sein (Döbl et al., 2015, Kharicha et al., 2005). Noch größere Unklarheiten bezüglich Sozialarbeit herrschen auf Seiten der Ärzte. (Döbl et al., 2015; Glaser und Suter, 2016; Kharicha et al., 2005). In unserer Studie kommt das Unwissen unter anderem dadurch zum Ausdruck, dass für die befragten Hausärzte alle Organisationen und Institutionen unter den Begriff Sozialarbeit fallen, die bei sozialen Problemen helfen können, sich aber nicht zu Sozialarbeit zählen, wie beispielsweise Pflegedienste. Bezeichnend ist die Arbeit von Ashcroft et al. (2018), in der Sozialarbeiter befragt wurden, die in Family Health Teams in Ontario, Kanada, beschäftigt waren. Die Autoren deckten auf, dass

Ärzte oft nicht wissen, wie Sozialarbeit überhaupt zur Patientenversorgung beitragen kann. Auch Mangan et al. (2015) fanden Belege dafür, dass viele Ärzte aus Mangel an persönlicher Kommunikation die Arbeit eines Teams von Sozialarbeitern nicht beschreiben können.

In solchen Teams, etwa in der Rehabilitationsmedizin oder in neuropsychiatrischen Zentren, können die breite Ausbildung und die unscharfen Berufsgrenzen von Sozialarbeitern hingegen einen nahezu universellen Einsatz von Sozialarbeitern gewährleisten. Meist stehen Teams in der Rehabilitationsmedizin unter ärztlicher Leitung. Eine reine Arbeitsplatzbeschreibung für Sozialarbeiter ist oft nicht ausreichend, sie müssen ihre Rolle in jedem neuen Arbeitsverhältnis definieren und ihre Position häufig im arztzentrierten Gefüge behaupten. Positiv wirkt sich hier die Flexibilität der Berufsgruppe aus, die sich in Österreich befragte Sozialarbeiter selber als Kernkompetenzen zuschreiben (Eickhoff et al., 2009).

4.2 Position der Hausärzte

Mangan et al. (2015) beschrieben einen besonderen Status von Hausärzten, der sie von anderen Gesundheits- und Sozialberufen unterscheidet. Ihre Position als zentrale und häufig erste Ansprechpartner und Vertrauenspersonen bestimmt den großen Einfluss, welchen die Hausärzte auf ihre Patienten nehmen können, auch wenn es ihnen nicht unbedingt bewusst sei. In unserer Studie stellten Sozialarbeiter und Ärzte die Hausärzte auch als Ansprechpartner für Menschen mit sozialen Anliegen heraus. Zimmerman et al. (2018), Jobst und Joos (2014), Mangan et al. (2015), und Keefe et al. (2009) kamen in ihren Studien zu gleichen Ergebnissen: Alle Ärzte konnten von Patientenkontakten berichten, bei denen das Nichtmedizinische im Vordergrund stand. Auch Sozialarbeiter in Großbritannien betonten den Einfluss, den Allgemeinmediziner auf ihre Patienten hätten (Mangan et al., 2015). Die von uns befragten Hausärzte sagten, sie nähmen in ihrer Praxis oft die Rolle eines Sozialarbeiters ein, sie sprachen sogar von einer privilegierten Situation, da ihre Patienten ihnen viel Vertrauen entgegenbrächten. Zimmermann et al. (2018) betonten die Bedeutung einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Arzt und Patient, da „soziale Probleme wie z.B. Arbeitslosigkeit oder finanzielle Schwierigkeiten [...] oft schambesetzt und potentiell stigmatisierend“ seien.

Eine Erklärung könnte darin liegen, dass der Weg zum Arzt im Allgemeinen gesellschaftlich akzeptiert ist, während der Kontakt zu sozialen Hilfen für die Betroffenen gewisse Hürden bedeutet und ein Eingestehen der eigenen Schwächen darstellen könnte. Wir fanden in unserer Studie bestätigt durch die geschilderten Eindrücke der Hausärzte, dass der Kontakt zum Arzt für Menschen mit sozialen Problematiken einfacher sein könnte als der direkte Zugang zum Netzwerk der sozialen Hilfen. Der Gang zum Arzt scheint eine gesellschaftlich anerkannte und plausible Handlung darzustellen: Der Mensch fühlt sich schlecht, also geht er zum Arzt.

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin beschrieb die Hausarztpraxis auch als „einen Ort, der soziale Ungleichheit reduziert“ und die „niederschwellige Grundversorgung der Bevölkerung“ sichert (DEGAM, 2012): Es ist der Wunsch der wissenschaftlichen Fachgesellschaft DEGAM, Hausärzte mögen ihre Praxis als einen sozialen Begegnungsraum begreifen, der zudem keine Zugangsschwelle aufweist, wie sie etwa für eine Schuldner- oder Drogenberatungsstelle der sozialen Arbeit bestehen mag. Insgesamt zeigt unsere Studie, dass Hausärzte durchaus die Wege von Patienten ins soziale Netz öffnen könnten.

4.3 Das soziale Netz

Das institutionelle soziale Netz besteht zu großen Teilen aus der Tätigkeit der Sozial- und Wohlfahrtsverbände auf der Grundlage des Sozialgesetzbuches. Zu nennen sind zum Beispiel Beratungstätigkeit und Hilfestellung für Migrations- und Integrationsschwierigkeiten, für Schuldner, familiäre Probleme (z.B. Erziehungs- und Lernschwierigkeiten, dissoziales Verhalten, ungewollte Schwangerschaft, Gewalt), Drogenabhängige, Obdachlose und ehemalige Strafgefangene sowie in der Wohnungsvermittlung. Abgegrenzt werden müssen private soziale Netzwerke, die Individuen mit ihrem Umfeld und ihrer Familie unterhalten. Sozialarbeiter haben in der Regel sowohl ein professionelles als auch ein privates Netzwerk, deren Stärke in der Vielzahl unterschiedlichster Kontakte liegen mag. Vorliegende Arbeit bezieht sich vorwiegend auf das institutionelle soziale Netz.

Die befragten Sozialarbeiter bedauerten und bemängelten die fehlende Anbindung der Hausärzte und forderten deren stärkere Positionierung im sozialen Netz. Es erschien

ihnen jedoch unmöglich, Hausärzte in einen engen Kontext mit sozialen Trägern und Organisationen zu bringen. Hausärzte sind kein Bestandteil des institutionellen sozialen Netzes, sie zählen nicht zu den Trägern der Sozialarbeit und der Wohlfahrt. Hingegen sind Ärzte untereinander durchaus vernetzt und organisiert, zum Beispiel in Ärztenetzwerken und Qualitätszirkeln, welche den Sozialarbeitern im Allgemeinen nicht bekannt und nicht zugänglich sind. Dem Gefühl des isolierten Arbeitens, von dem einige Hausärzte berichteten, könnte eine Wahrnehmung dieser Abseitsstellung zugrunde liegen. Außerdem isoliert die Tätigkeit in einer Einzelpraxis, abgesehen von den genannten innerärztlichen Kontakten nicht nur gefühlsmäßig, sondern auch faktisch.

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin bezeichnete Hausärzte in ihrem Zukunftspositionspapier aus dem Jahr 2012 als „verantwortliche Koordinatorinnen und Koordinatoren“ (DEGAM, 2012). Sie sieht Praxen als einen Schlüssel zur sozialen Versorgung über das Medizinische hinaus. Es wird deutlich, welche große Bedeutung den Hausärzten im sozialen System zugeordnet wird. Auch einige der von uns befragten Ärzte vertraten die Ansicht, dass ihre Patienten einen Zugang zum sozialen Netzwerk bzw. die Vermittlung an soziale Hilfen via Hausarztpraxis bräuchten. Wie dies gelingen soll, wenn Hausärzte sich selber nicht als Teil des sozialen Netzwerkes sehen, bleibt fraglich.

4.4 Umgang von Hausärzten mit sozialen Problemen

Die Sozialarbeiter in unserer Befragung bemängelten, dass Ärzte soziale Probleme ihrer Patienten oft nicht wahrnehmen oder nicht wahrnehmen wollen. Diese Sicht der Sozialarbeiter findet sich auch in der Literatur wieder (Ashcroft et al., 2018; Glaser und Suter, 2016; Mangan et al., 2015). Sozialarbeitern und Ärzten fehle ein gemeinsames Verständnis von Patientenwohl und sozialen Problemen (Coppola et al., 2017; Mangan et al., 2015; Mizrahi und Abramson, 2000). Dies sei auch eines der Hindernisse für Kooperationen. Ashcroft et al. (2018) und Keefe et al. (2009) stellten heraus, dass die Wahrnehmungsschwäche der Mediziner für psychosoziale Probleme dem medizinischen System geschuldet sei. Insbesondere verhindere der Zeitmangel in den niedergelassenen Praxen, dass Ärzte sich den psychosozialen Problemen ihrer Patienten widmeten (Keefe et al., 2009). Sozialarbeiter sind sich des Zeitdrucks der Ärzte also durchaus bewusst (Mangan et al., 2015). Andererseits könnte die Sichtweise

der Ärzte der Tatsache geschuldet sein, dass diese immer nur einen kleinen Ausschnitt ihrer Patienten sehen (Mangan et al., 2015). Einige Hausärzte unserer Studie hegen Bedenken, den Patienten zu nahe zu treten oder haben sogar Angst, dem Inhalt des Gesprächs nicht Herr zu werden. Dagegen stehen Stimmen von Allgemeinmedizinern unserer Studie, die die sozialen Probleme sehen und sehen möchten. Anders als andere Fachärzte erleben sie ihre Patienten hautnah auch zu Hause. So können sie neben dem (körperlichen) Leiden auch familiäre Beziehungen oder den Zustand von Wohnungen wahrnehmen. Diese unmittelbaren und haptischen Erfahrungen sind ein bestimmender Teil der Arbeitsweise von Hausärzten.

Wir fanden in der Befragung der Hausärzte Hinweise darauf, dass nicht nur die genannten Probleme wie Zeitmangel oder eine eingeschränkte Sichtweise auf die Patienten den Umgang mit sozialen Problemen verhindern. Einige der von uns befragten Ärzte sahen dies schlichtweg nicht als ihren Aufgabenbereich an. Da passt es, dass sich diese auch nicht gerne mit sozialen Problemen konfrontiert sehen. Ärzte werden durch ihre Ausbildung und den Medizinbetrieb dazu gebracht, alle Störungen als mit medizinischen Maßnahmen therapierbar zu sehen. Ihre Patienten übernehmen diese Sichtweise gerne, da sie sich so weniger ihren psychosozialen Problemen stellen müssen. Sie können sich auf die medizinische Diagnose berufen und vermeiden es z.B., Verhaltensänderungen zu lernen, die zur Lösung ihrer sozialen Probleme nötig wären. Der Weg des Medizinischen erscheint auch Ärzten leichter als die Bewältigung komplexer sozialer Problematiken. Somit handeln Ärzte und Betroffene oft entgegen den Zielen der Sozialarbeit, welche die soziale vor die medizinische Therapie stellt. (Abholz und Jobst, 2015). Mangan et al. (2015) betonten die unterschiedlichen Ansätze der Professionen, mit sozialen Problemen umzugehen: Ärzte würden gerne die meisten Probleme ihrer Patienten durch medizinische Lösungen beseitigen, Sozialarbeiter diese eher als Anforderungen des Lebens einstufen, die zu bewältigen seien. Das Phänomen, dass allgemeine Probleme in der Medizin als rein medizinische akzeptiert und als medizinische Diagnose behandelt werden, ist lange bekannt und wird als Medikalisierung bezeichnet (Conrad und Barker, 2010; Illich, 1974).

Bedeutsam ist der starke Unterschied, der sich innerhalb der befragten Ärzteschaft bezüglich der eigenen Kompetenz für soziale Patientenprobleme ergibt, da sich einige

Ärzte durchaus als qualifiziert und fähig zur Problemlösung sahen. Andere Ärzte wiederum beschrieben ihre Situation genau gegenteilig und schrieben sich mangelnde Qualifikation in Hinblick auf soziale Probleme zu. Sie wirkten teils hilflos, als es um den Umgang mit nichtmedizinischen Anliegen ging. Kontakte mit Sozialarbeitern kamen ihnen kaum in den Sinn. Wenn doch, könnten sie sie nicht vermitteln, meinten sie. Mizrahi und Abramson (2000) explorierten bezüglich des Umgangs von Ärzten mit sozialen Problemen Darstellungen der verschiedenen Professionen. Sie befragten in den USA 50 Paare von Sozialarbeitern und Ärzten, die in einem Krankenhaus gemeinsam an einem Patientenfall arbeiteten. Die befragten Ärzte sahen sich befähigt zu psychosozialen Interventionen, diese Fähigkeit wurde ihnen von Sozialarbeitern jedoch abgesprochen. Auch Jobst et al. (2007) schrieben Hausärzten eine unzureichende Ausbildung für nichtmedizinische Patientenanliegen zu. Sie beschrieben nach einer Fokusgruppensitzung mit insgesamt sieben Hausärzten eine „gewisse Beliebigkeit ärztlicher Entscheidungen bei nichtkrankheitsbezogenen Patientenanliegen“ (Jobst et al., 2007). Ärzten fehle das adäquate Training für den Umgang mit nichtmedizinischen Problemen (Keefe et al., 2009).

Zimmermann et al. (2018) beschrieben hingegen eine „proaktiv[e]“ Haltung von Hausärzten gegenüber sozialen Problemen. Die bevorzugte Handlungsweise der Hausärzte sei eine direkte Problemlösung mit den Patienten zusammen in der Praxis, wird dort postuliert. Hausärzte nähmen dann die Rolle eines Sozialarbeiters ein und würden die Probleme so mit den Patienten gemeinsam einer Lösung zuführen oder dies zumindest versuchen. Weniger häufig gäben die Ärzte Informationen oder Adressen der Sozialarbeit an ihre Patienten weiter, auch eine direkte Vermittlung an Sozialarbeit sei oft nicht gegeben (Mizrahi und Abramson, 2000; Zimmermann et al., 2018). Viele unserer befragten Ärzte drückten sich jedoch eher vage als proaktiv aus. Konkrete Beispiele bezogen sich auf den Suchtbereich. Bei Alkoholkrankheit sei nicht nur der medizinische Aspekt der Sucht für die Therapie bedeutend, sondern auch das soziale Umfeld des betroffenen Patienten, so die Aussage einer Ärztin. Diverse Male wurde die häusliche Versorgung älterer Patienten genannt, die aus Sicht der Ärzte über das rein Medizinische hinausgeht.

Nicht nur Hausärzte, auch der befragte Psychiater findet sich partiell in der Rolle eines Sozialarbeiters wieder. Allerdings wird in seinen Aussagen weniger Hilfslosigkeit ersichtlich als in denen einiger Hausärzte. Im Rahmen der fachlichen Spezialisierung erlernen Psychiater Gesprächstechniken und Wege zur Exploration und Lösung nichtmedizinischer Probleme. Außerdem kommen psychosoziale Themen in der psychiatrischen Praxis häufiger und dringlicher vor als in der hausärztlichen Praxis. (Diese Beobachtungen lösen jedoch nicht die Zeitknappheit in ärztlichen Praxen.) Natürlich ergab sich aus der Befragung eines einzelnen Psychiaters kein allgemeines Verhaltens- oder Handlungsmuster, wie dies bei der Befragung der Hausärzte teilweise der Fall war. Sie stellt vielmehr einen Kontrast bzw. eine Ergänzung zur Fragestellung unserer Untersuchung dar.

4.5 Soziales in der ärztlichen Ausbildung

Die Qualifikation der Hausärzte für den Umgang mit sozialen Problematiken ist genauer zu betrachten, weil sie einen nicht unerheblichen Teil der Arbeit eines Hausarztes ausmacht (Jobst und Joos, 2014). Da die Sozialmedizin fest in das Medizinstudium integriert ist, könnte man daraus schließen, dass die Studierenden Techniken zum Erkennen und zum Umgang mit (psycho-)sozialen Problemen lernen. Das ist häufig nicht der Fall, da sich das akademische Lernen sehr weit entfernt von sozialen Alltags- und Gesundheitsproblemen abspielt.

In Berlin sollen Studierende „Unterschiede zwischen dem biomedizinischen und biopsychosozialen Verständnis von Gesundheit und Krankheit darstellen können“ (Charité – Universitätsmedizin Berlin, Prodekanat für Studium und Lehre, 2018). Die Universitätsklinik Bonn lehrt ebenfalls Sozialmedizin (Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit, Universitätsklinik Bonn, 2016). Leider werden nach eigenem Erleben der Autorin konkrete soziale Patientenprobleme bzw. eine Kooperation mit der Sozialarbeit nicht thematisiert. Wünschenswert wäre aufgrund unserer Studienergebnisse, sie weitergehend ins Medizinstudium zu integrieren, sodass sich die Studierenden tiefer mit der Thematik beschäftigen würden.

Später in der Ausbildung besteht allerdings die Möglichkeit zur Weiterbildung, z.B. in „Psychosomatischer Grundversorgung“. Neben psychiatrischen und psychosomatischen

Komponenten zielt der 80-stündige Kurs auf ein Verständnis der „Beschwerden der Patienten im Kontext ihres früheren und aktuellen sozialen Umfeldes“ eingebettet in die „biopsychosoziale Krankheitslehre und Diagnostik“ (Bundesärztekammer, 2018). In insgesamt 380 Stunden werden für die ärztliche Zusatzqualifikation „Sozialmedizin“ unter anderem „psychosoziale, umweltbedingte und interkulturelle Einflüsse auf die Gesundheit“ sowie interdisziplinäre Kooperation vermittelt. Sozialmedizin verbindet zwar „die medizinische und die sozialwissenschaftliche Sichtweise von Krankheit und Behinderung und wendet sie in Prävention, Gesundheitsförderung, Sozialtherapie und Rehabilitation praktisch an“ (Trabert und Waller, 2013). Der Schwerpunkt der Zusatzausbildung liegt jedoch auch auf gesundheitsökonomischen Aspekten sowie ärztlicher Begutachtung (Bundesärztekammer, 2011).

4.6 Bisherige Erfahrungen und Hindernisse der interprofessionellen Beziehung und Kooperation

Im Rahmen unserer Studie sowie in der Literatur zeigten sich positive Erfahrungen mit interprofessioneller Arbeit, beispielsweise im Bereich der Drogensubstitution oder bei der Betreuung Geflüchteter. Die von uns befragten Hausärzte waren überwiegend zufrieden mit den Kooperationen, die sie bisher erlebt haben. Sie konnten einige, aber in Anbetracht des umfangreichen institutionellen sozialen Netzes wenige Bereiche nennen, in denen sie Kontakt mit der Sozialarbeit haben. Trotz guter Beispiele bestehen vor allem auf Seiten der Ärzte teilweise nur wenige oder keine Kontakte zu Sozialarbeit. Offensichtlich existieren unter Hausärzten große Unterschiede in der Regelmäßigkeit und den Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Sozialarbeit. Zudem lässt die Diskrepanz zwischen einerseits Interesse und andererseits Desinteresse an sozialen Patientenproblemen ahnen, dass auch hinsichtlich der Akzeptanz von Sozialarbeit große Unterschiede innerhalb der Ärzteschaft bestehen.

Dass die Professionen sich gegenseitig unterstützen könnten und so die Versorgung der Patienten verbessern, bestätigt die internationale Literatur (Glaser und Suter, 2016; Keefe et al., 2009). Mangan et al. (2015) beschrieben jedoch einschränkend, dass die negativen Aspekte der Zusammenarbeit oft die positiven überwiegen. Glasby und Miller (2015) publizierten in einem systemischen Review Studien, die seit dem Jahr 2000 in Großbritannien veröffentlicht wurden und welche Allgemeinmedizin und Sozialarbeit in

der Versorgung älterer Menschen untersuchten. Sie zitierten Projekte, bei denen die Entwicklung neuer Arbeitsmethoden an Zeitmangel und Mangel an praktischer und organisatorischer Expertise scheiterten. Korrespondierend zu den unterschiedlichen Tendenzen in der Literatur scheint das Interesse der von uns befragten Hausärzte an Kooperationen mit Sozialarbeit sehr unterschiedlich und abhängig vom jeweiligen Problem zu sein. Die Sozialarbeiter ihrerseits bemängelten sogar fehlendes Interesse auf Seiten der Hausärzte.

4.7 Nicht-Wissen als Hindernis

Ein großes Hindernis für die Zusammenarbeit besteht aus Sicht unserer Studienteilnehmer in dem beschriebenen unklaren Bild, das sie von der jeweils anderen Profession haben. Beiden Berufsgruppen erscheint das gegenseitige Tun unscharf und ist mit allerlei Vorurteilen behaftet. Das erschwert das Aufeinander-Zugehen, die Zusammenarbeit und Vernetzung. Hier stimmen unsere Ergebnisse wieder mit vielen anderen Studien überein (Döbl et al., 2015; Glaser und Suter, 2016; Kharicha et al., 2005; Suter et al., 2009). Im Rahmen des Projektes „So how?“ parallel laufende quantitative Befragungen durch das IfH der Universität Bonn ergaben, dass 80 % der befragten Sozialarbeiter „mangelnde Kenntnis gegenseitiger Möglichkeiten“ als Hindernis der Zusammenarbeit ansehen (Coppola et al., 2017). Die angeführten Ergebnisse stellen eine Zwischenbilanz der laufenden Studie nach 50 ausgewerteten Fragebögen dar. Die mangelnde Wahrnehmung der Sozialarbeit verhindere, dass Ärzte Sozialarbeitern die Möglichkeit geben, ihre Fähigkeiten in Kooperationen einzubringen (Glaser und Suter, 2016). Die Hausärzte unserer Befragung bestätigten, dass Kooperationen nicht geknüpft würden, wenn man die Angebote und die Möglichkeiten der Sozialarbeit nicht kenne. Ashcroft et al. (2018) stellten fest, dass sich die Berufsgruppen nicht über „Gemeinsamkeiten und Unterschiede“ im Klaren sind. Die Position der sozialen Arbeit im Gesundheitssystem sollte allen Beteiligten deutlich sein (Glaser und Suter, 2016).

Die interprofessionelle Zusammenarbeit würde von einem besseren Verständnis der Möglichkeiten des jeweils anderen profitieren. Dies hörten bzw. lasen nicht nur wir im Rahmen unserer Arbeit, es bestätigen auch weitere Studien, die sich mit ähnlicher Thematik beschäftigten (Döbl et al., 2015; Suter et al., 2009). Wichtig ist, dass

Hausärzte über das Angebot der Sozialarbeit informiert sind, damit sie ihren Patienten einen Zugang ins soziale Netz bieten können. Geringes Wissen der Hausärzte über die Möglichkeiten der Sozialarbeit behindert einerseits die Hilfen und die Vermittlung ihrer Patienten, andererseits leidet auch die interprofessionelle Beziehung darunter. Die von uns befragten Sozialarbeiter bemängelten ein zu geringes Wissen sowie fehlende Netzwerkarbeit der Hausärzte und zeigten sich frustriert über deren schwere Zugänglichkeit. Netting und Williams (2000) beschrieben, dass gut informierte Ärzte häufiger Kontakt zur Sozialarbeit aufnehmen. Ashcroft et al. (2018) betonten die Bedeutung persönlicher, kollegialer Beziehungen.

Die von uns befragten Hausärzte zeigten sehr unterschiedliche Kenntnisstände über das soziale Angebot. Vorhandenes Wissen beziehen sie aus dem Internet oder über Kontakte Dritter. Gründe für geringes Wissen der Hausärzte könnten im mangelnden persönlichen Interesse der Ärzte an Kooperationen sowie in der unübersichtlichen Vielschichtigkeit von Hilfs- und Beratungsangeboten liegen. Eigeninitiative des Arztes bei der Informationssuche sei vor allem aufgrund der „starken Fragmentierung und [der] Fluktuation der ambulanten Hilfsangebote“ wichtig (Zimmermann et al., 2018). Die Arbeitsgruppe berichtete aus Hamburg und Schleswig-Holstein, dass sich viele Hausärzte „ihr eigenes Netz an Beratungsstellen, Pflegediensten etc. aufgebaut“ hätten (Zimmermann et al., 2018). Auch Informationsportale versuchen, einen Überblick über das vielfältige Angebot zu schaffen.

Unter der Web-Adresse „Soziales-Bonn.de“ fand sich bis 2018 eine Suchfunktion unter 90 Trägern der Wohlfahrt und Sozialarbeit mit deren Arbeitsfeldern inkl. Beratungs- und Hilfeleistungen sowie Kontaktdaten, beispielsweise des Caritasverbandes für die Stadt Bonn e.V., der Arbeiterwohlfahrt oder des Vereins für Gefährdetenhilfe Bonn. Die Website wurde mangels Nachfrage zu Ungunsten der Such- und Auskunftsfunktionen verändert und wird seit Mai 2018 nicht mehr gepflegt. Sie bietet nun noch eine alphabetische Link-Liste von knapp 60 Institutionen sowie Links auf zehn Netzwerke, z.B. für Gesundheits- und Suchtprobleme, für Selbsthilfegruppen, Senioren, Menschen mit Behinderungen, Migranten, Frauen und Familien/Jugendliche mit Problemlagen (Soziales-Bonn.de, 2019).

Um ihre beschriebenen Wissenslücken zu füllen, wünschen sich die Hausärzte verstärkte Informationen über die lokalen sozialen Hilfen, idealerweise aktuell und niederschwellig zu erreichen. Wünschenswert wäre aus ihrer Sicht ein übersichtliches und leicht zu erreichendes Informationssystem im Internet oder in Form einer zentralen telefonischen Weitervermittlung. Auch schriftliche Information in Form von Flyern seien erwünscht. Eine weitere Alternative könnte eine „institutionalisierte [...] Ansprechperson“ darstellen, zudem könnten regelmäßige gemeinsame Fortbildungen Kontakte knüpfen (Zimmermann et al., 2018). Dennoch stellt sich die Frage, wieso bisherige Informationen die Hausärzte anscheinend nicht genügend erreichten.

Der von uns befragte Psychiater kannte das (auf sein Fachgebiet bezogene) Angebot der Sozialarbeit besser als vergleichsweise die Hausärzte das ihre. Er konnte kooperierende Träger und Organisationen der gemeindenahen psychiatrischen Sozialarbeit benennen und schilderte einen genaueren Einblick in spezifische Betreuungsstrukturen. Dies könnte darin begründet sein, dass Psychiater stärker darauf angewiesen sind: Im psychiatrischen Feld werden viele Patienten dauerhaft durch Sozialarbeiter betreut. Es ergeben sich teils langjährige Partnerschaften zwischen psychiatrisch tätigen Ärzten und den jeweiligen Einrichtungen und Trägern. Die berichteten Erfahrungen des Psychiaters deuten darauf hin, dass Beziehungen zwischen ihm und Sozialarbeitern intensiver und persönlicher sind, als dies zwischen Hausärzten und Sozialarbeitern üblich oder möglich ist.

Der Psychiater konnte zwar vielfältige Kontakte aufweisen, bemängelte jedoch auch das Fehlen einer zentralen Informationsstelle. Er würde eine zentrale Stelle begrüßen, welche fachlich konkrete Lösungsvorschläge machen und mit ihm zusammen Probleme diskutieren könnte. Hier besteht ein Unterschied zu den Hausärzten: Der Psychiater würde eine gemeinsame Lösungsfindung begrüßen, einige Hausärzte hingegen wünschen sich Lösung der nichtmedizinischen Patientenprobleme weitestgehend durch die soziale Arbeit außerhalb der ärztlichen Praxis.

4.8 Machtgefälle

Durch die Fokusgruppen-Auswertung erfuhren wir von der Unzufriedenheit der Sozialarbeiter mit dem ihrer Meinung nach überhöhten Selbstbild von Ärzten und dem Bild, welches Ärzte von Sozialarbeitern hätten. Diese Kritik wird auch in der Literatur deutlich (Glaser und Suter, 2016). Von Mangan et al. (2015) befragte Sozialarbeiter beschrieben mangelnden Respekt für ihre Arbeit und Profession seitens der Ärzte. Diese schrieben Sozialarbeitern unter anderem mangelnde Koordinationsfähigkeiten, fehlendes Verantwortungsbewusstsein in Krisensituationen sowie eine Tendenz zu ausschweifenden Gesprächen zu. Andere, an einer qualitativen Studie in den USA teilnehmende Ärzte meinten, dass Sozialarbeit weniger herausfordernd sei als ihre eigene Tätigkeit (Keefe et al., 2009). Auch in unserer Studie untermalen einige Ärzte die Missbilligung der Sozialarbeiter, indem sie sich als überqualifiziert für sozialarbeiterische Aufgaben bezeichnen. Mangelnde Kenntnisse von Ärzten über den und zweifelhafte Erfahrungen mit dem anderen Berufsstand münden offenbar im Fehlen von Respekt und Wertschätzung und einer häufig vorurteilsbehafteten Sichtweise der Ärzte. Unsere Ergebnisse zeigen allerdings auch von vielen Hausärzten eine wertschätzende Haltung gegenüber sozialer Arbeit.

Die Beziehung der Professionen sei von einem ungleichen Machtgefüge geprägt (Abramson und Mizrahi, 2003; Kharicha et al., 2005; Mangan et al., 2015). Abramson und Mizrahi (2003) beschrieben den Arzt in der interprofessionellen Beziehung als „dominante Profession mit höherem Status“. Mangan et al. (2015) zeichneten das Bild einer Hierarchie mit dem Arzt an der Spitze. Es ist für abhängig Beschäftigte (Sozialarbeiter) schwieriger, eine Leitungsperson (Arzt) zu konfrontieren, als dies bei gleicher Augenhöhe der Fall wäre. Für Sozialarbeiter sei oft die Kommunikation asymmetrisch und beeinträchtigt (Mangan et al., 2015). Auf medizinischem Gebiet sind Sozialarbeiter Ärzten fachlich unterlegen. Dass sich Ärzte auf sozialarbeiterischem Gebiet bewegen sollen, wird allgemein nicht erwartet. Eine umgekehrte Situation trifft daher nur selten zu. Kharicha et al. (2005) befragten Londoner Sozialarbeiter zur Zusammenarbeit mit Allgemeinmedizinerinnen. Insgesamt 52 Interviews wurden mit Sozialarbeitern durchgeführt, darunter auch Manager von Sozialarbeiterteams. Die Sozialarbeiter äußerten, dass auch eine örtlich enge Zusammenarbeit von Hierarchien

und ärztlicher Dominanz geprägt sein könnte. Die Autoren sahen eine durch „command-and-control“ bestimmte Beziehung zwischen Arzt und Sozialarbeiter. Abholz (2012), Allgemeinmediziner und ehemaliger Präsident der deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin, sieht im „Standesbewusstsein“ der Ärzte ein großes Hemmnis der interprofessionellen Zusammenarbeit. Die beschriebene Dominanz der Ärzte kann sich sogar aus Sicht der Ärzte negativ auf die interprofessionelle Zusammenarbeit, vor allem die Kooperationen vor Ort, auswirken (Bayne-Smith et al., 2014).

Das ungleiche Machtgefüge wird auch darin deutlich, dass die Sozialarbeiter oft das Gefühl haben, die Hausärzte würden Probleme bei ihnen „abladen“ (Glaser und Suter, 2016; Keefe et al., 2009; Mangan et al., 2015). Viele Hausärzte in unserer Befragung hingegen sahen die Kontaktaufnahme zur Sozialarbeit an dem Punkt, an dem die Zuständigkeit der Sozialarbeit beginnt, an dem sie auf ärztlicher Seite keine Lösung fanden und sie sich Hilfe wünschten. Sie fühlten eine andere Institution zuständig und waren erleichtert für sich und für die Betroffenen. Ob dies als Abladen der Probleme bezeichnet werden kann, bleibt Auffassungssache.

Die Antworten des Psychiaters zeigten, dass Kooperationen zwischen ihm und Sozialarbeitern eher auf Gegenseitigkeit beruhen, als dies bei Hausärzten oft der Fall ist. Es könnte daran liegen, dass der Therapieerfolg bei psychiatrisch erkrankten Menschen stark von einer Verbesserung der sozialen Situation abhängt. Aufsuchende Sozialarbeit z.B. im Rahmen des betreuten Wohnens, spielt dabei eine Rolle. Der Psychiater selbst kommt jedoch eher selten zu seinen Patienten ins Haus.

4.9 Grenzen zwischen Medizin und Sozialarbeit

Einige Hausärzte unserer Studie berichteten, dass sie Aufgaben der Sozialarbeit deshalb übernahmen, weil ihre Patienten die sozialen Probleme in die Hausarztpraxen trügen. Sie sahen die Grenzen zwischen den Berufen fließend und würden Sozialarbeit zur fachlichen Hilfe im medizinischen Arbeitsbereich begrüßen, gerade wenn dies ihrer eigenen Arbeitserleichterung dienen könne. Ähnlich äußerten sich von Keefe et al. (2009) befragte Ärzte und Krankenpfleger. Sie sahen kein Problem in eventuellen Überschneidungen ihrer Arbeitsbereiche und beschrieben positiv die Unterstützung von Patienten in der Nachsorge oder der Patientenedukation in der Krankheitsprävention.

Für die von uns befragten Hausärzte steht durchaus das Patientenwohl im Mittelpunkt. Dies steht in einem gewissen Gegensatz zur Arroganz, die Sozialarbeiter von Ärzten bisweilen erfahren. Eine mögliche Erklärung liegt in der Unterschiedlichkeit der Ärzteindividuen. Der befragte Psychiater jedenfalls begrüßt kooperative Systeme und spricht der Sozialarbeit sogar in einigen Situationen bessere therapeutische Optionen zu, als ihm selber zu Verfügung stünden.

Sozialarbeiter sehen ungeklärte Grenzen im Allgemeinen eher kritisch. Sie verlangen zum einen, dass Ärzte die von ihnen geforderten Grenzen respektieren und Aufgaben aus ihrem Gebiet an die Sozialarbeit abgeben, wenn fachlich geboten. Ein Hausarzt hingegen übernimmt die Rolle eines Sozialarbeiters, weil seine Patienten dies fordern und er einen einfachen Zugang zu Hilfe darstellt. Sozialarbeiter interpretieren aus dieser partiellen Rollenübernahme, dass Ärzte ihre eigenen Grenzen nicht beachten und fühlen sich dann in ihrer eigenen Arbeit übergangen. Es entsteht ein Unbehagen, das die Beziehung der Professionen negativ beeinträchtigen kann. Für sich fordern hingegen einige Sozialarbeiter, dass sie die Grenzen zum Medizinischen überschreiten dürfen und beispielsweise in manche Therapieentscheidung miteinbezogen werden (Stichwort klinische Sozialarbeit). Ashcroft et al. (2018) beschrieben die Forderung nach spezieller Ausbildung für Sozialarbeiter, die in Teams zur Gesundheitsversorgung von Familien in den USA arbeiten. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass die befragten Sozialarbeiter anders als in unserer Studie schon eng mit ärztlichem Personal zusammenarbeiten und dementsprechend viele medizinische Anliegen der Patienten zugetragen bekommen. Auch Kriegel et al. (2020) sehen Potential darin, Sozialarbeiter im Rahmen ihrer Ausbildung speziell auf patientenorientiertes Arbeit im Gesundheitssystem vorzubereiten. In einer mehrstufigen Studie führten sie neben einer Literaturrecherche verschiedene Befragungen von unter anderem Sozialarbeitern und Hausärzten in Österreich durch.

Glasby und Miller (2015) sahen ungeklärte Berufsgrenzen als Hindernis für interprofessionelle Zusammenarbeit. Jedoch wurde in keiner der von uns gelesenen Studien beschrieben, wo die Grenzen zu ziehen sind. So benannte auch keiner unserer Teilnehmer eine klare Grenze zwischen den Aufgabenfeldern. Offen bleibt die Frage, ob überhaupt eine klare Grenze zwischen den beiden Professionen existiert. Hausärztliche

Medizin und Sozialarbeit überschneiden sich. Soziale Thematiken können medizinische Probleme auslösen und vice versa, sodass eine klare akademische Abgrenzung zwischen Medizin und Sozialarbeit nicht möglich erscheint.

Suter et al. (2009) betonten jedoch, dass eine klare Grenzziehung zum beidseitigen Rollenverständnis beitragen könne. Aufgrund der komplexen Aufgabenfelder der Berufsgruppen müsse dies individuell je nach Kooperation geschehen. Die Zusammenarbeit würde verbessert, wenn sich beide Seiten im Vorfeld mit ihren jeweiligen Aufgaben und Überschneidungen auseinandersetzten und gemeinsam offen die Zuständigkeiten, etwa im Sinne von Arbeitsplatz- und Tätigkeitsbeschreibungen der Mitglieder eines sozialpsychiatrischen Teams, klären würden, sofern dies gewünscht sei. Dies könnte zudem einem etwaigen ungleichen Machtgefüge oder entstehenden Missverständnissen entgegenwirken. Außerdem bieten geklärte Zuständigkeiten einen bedeutenden Vorteil: Vor allem die Hausärzte würden durch Arbeitsteilung mittels Delegationsprinzip, ähnlich der Überweisung an einen Facharzt, entlastet und könnten die sozialarbeiterischen Anliegen den Profis zuführen. Vergleichen könnte man das Vorgehen mit einem ärztlichen Auftrag zur fachlichen Ernährungsberatung, zum angeleiteten Rehabilitationssport oder zu einer Mediation auf der Arbeitsstelle bei Konflikten. Dieses Abgeben und Delegieren von Aufgaben erscheint wünschenswert für einen Umgang auf Augenhöhe. Allerdings scheint hier der Abstand zum kritisierten „Abladen“ von Problemen gering zu sein.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die fehlende Grenzziehung zwischen den Berufsgruppen vor allem aus Sicht der Sozialarbeiter eine reibungslose Zusammenarbeit stören kann. Erschwerend hinzu kommen die schwierige eigene Identitätsfindung der sozialen Arbeit und die ungleiche Machtfülle der Berufsstände. Eine Aufgabenklärung erscheint für gemeinsame Projekte und Kooperationen unerlässlich.

4.10 Unterschiedliche Systeme

Die Beschreibung der Beziehung zwischen den Berufsgruppen macht deutlich, dass hier zwei sehr unterschiedliche Systeme nebeneinander stehen. Die verschiedenen Ausbildungsgänge würden Differenzen zwischen den Berufsgruppen schaffen, die beispielsweise in unterschiedlichen Begrifflichkeiten zum Ausdruck kommen, so die von uns Befragten. Den unterschiedlichen Sprachgebrauch gibt es tatsächlich in sehr ausgeprägtem Maße. Gemeinsame Sprache erscheint jedoch mit Ärzten kaum möglich, da der medizinische Sprachgebrauch oft unverständlich ist. Auch die von Suter et al. (2009) befragten 60 Personen aus dem kanadischen Gesundheitssystem merkten an, dass ein ungleicher Sprachgebrauch der Berufsgruppen ein Hindernis für Kooperationen sei. Als Teil eines größeren Projektes des kanadischen Gesundheitsministeriums untersuchten sie die interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen und fragten die Teilnehmer, welche Kernkompetenzen für Kooperationen nötig seien.

Zudem können ein verschiedenes Werteverständnis der Berufsstände, ein unterschiedliches Verständnis von sozialen Problemen sowie ein unterschiedliches Zeitverständnis die interdisziplinäre Planung zur Patientenversorgung beeinträchtigen (Rämgård et al., 2015). Rämgård et al. (2015) werteten regelmäßige interdisziplinäre Zusammenkünfte in Schweden aus, an denen verschiedene Professionen teilnahmen. Darunter befanden sich Sozialarbeiter und Hausärzte. Ziel der Treffen war die gemeinsame Planung der Versorgung bestimmter Patienten. Für einen Arzt kann ein Anliegen sofort zu erledigen sein, für einen Sozialarbeiter erst im Laufe der nächsten Tage, obwohl beide das Problem als dringend einstufen (Kharicha et al., 2005).

4.11 Kommunikation untereinander

In der Zusammenarbeit von Sozialarbeitern und Hausärzten nimmt die interprofessionelle Kommunikation eine zentrale Rolle ein. Unsere Teilnehmer sehen hier große Mängel. Den Hausärzten fehlt die Rückmeldung seitens der Sozialarbeit, was den Eindruck des Abladens von Problemen verstärken könnte. Zudem sei die Kommunikation von Angesicht zu Angesicht mangelhaft (Mangan et al., 2015). Bemerkenswert erscheint, dass sich jede Berufsgruppe ein gutes Kommunikationsvermögen zuschreibt (Mangan et al., 2015). Dass erfolgreiche

Kommunikation tatsächlich möglich ist, zeigen einige gute Beispiele, die sich in unseren Resultaten und der Literatur finden, etwa im Suchtbereich, in der Versorgung nicht geduldeter Flüchtlinge oder in der Gerontopsychiatrie. Eine befragte Hausärztin nannte im Laufe des Interviews eine Situation, bei der sie gemeinsam mit einer Sozialarbeiterin und einer Psychiaterin eine akute psychiatrische Krise vor Ort und anschließend durch mehrere Telefonate gelöst habe. Interprofessionelle Verständigung scheitert offenbar oft nicht nur am fehlenden Willen zur Kommunikation, sondern eher an strukturellen Problemen wie schlechter Erreichbarkeit oder mangelndem persönlichen Kontakt.

Geringe Kommunikation könnte von den Sozialarbeitern als Unwille der Ärzte zur Verständigung gedeutet werden, liegt aber in einigen Fällen in der ärztlichen Schweigepflicht begründet. Einige von uns befragte Ärzte sehen den Datenschutz als Hindernis für die interprofessionelle Kommunikation, da die Schweigepflicht eine wichtige Säule ärztlichen Handelns darstellt. Diese Beobachtung wird unterstützt von Abholz (2012), der die ärztliche Schweigepflicht als Problem von interdisziplinären Teams in der ambulanten Versorgung in Deutschland ansieht.

Die schlechte Erreichbarkeit untereinander wurde im Rahmen unserer Befragung explizit kritisiert. Die parallel durchgeführten quantitativen Befragungen im Bonner Raum ergaben, dass 66,7 % der befragten Sozialarbeiter die fehlende Erreichbarkeit als Hindernis für Kooperationen ansehen (Coppola et al., 2017). Zudem scheint auch für Hausärzte die schlechte telefonische Erreichbarkeit von Sozialarbeitern problematisch zu sein (Mangan et al., 2015). Verschiedene Arbeitsabläufen und Telefonzeiten könnten mithilfe vereinbarter Telefontermine oder mittels fester Ansprechpartner in der sozialen Arbeit umgangen werden. Möglich sei ein guter Austausch auch bei offiziellen Treffen oder „ad-hoc“-Konsultationen (Döbl et al., 2015). Übereinstimmend mit unseren Ergebnissen zeigte sich in der Literatur, dass vor allem Sozialarbeiter persönliche Kommunikation und regelmäßige Treffen bevorzugen würden (Ashcroft et al., 2018; Döbl et al., 2015; Glaser und Suter, 2016; Kharicha et al., 2005). Hausärzte bevorzugen hingegen Kommunikation über elektronische Medien, zum Beispiel per E-Mail (Keefe et al., 2009; Kharicha et al., 2005).

Kommunikation und Kooperation sowie regelmäßige Treffen kosten jedoch Zeit, welche vor allem auf Seiten der Ärzte oft nicht ausreichend vorhanden ist (Glasby und Miller,

2015; Abholz, 2012). Einige der von uns befragten Hausärzte äußerten Sorge darüber, dass der zeitliche Arbeitsaufwand für Kooperationen den Nutzen für sie überwiegen könnte. Keefe et al. (2009) beschrieben die Bedenken einiger Hausärzte, dass schon allein Kommunikation mit sozialer Arbeit für sie sehr zeitaufwendig sein könnte. Es wird deutlich, dass die Hausärzte verstärkte Kommunikation nur begrüßen würden, insofern diese keinen großen Mehraufwand darstellen würde (Keefe et al., 2009).

Gute Kommunikation bildet die Grundlage guter Zusammenarbeit (Glaser und Suter, 2016; Mangan et al., 2015; Suter et al., 2009). Dies kommt auch in unserer Studie klar zur Sprache. Implizit ist der Wunsch der Sozialarbeit nach einer Überwindung des wahrgenommenen Machtgefälles zwischen den Berufsgruppen deutlich spürbar, mehr als auf Seiten der Hausärzte. Sozialarbeiter wollen aus ihrer Position in der Lage sein, klar mit dem Arzt zu kommunizieren (Döbl et al., 2015). Zudem müssen Diskussionen über unterschiedliche Ansichten erlaubt sein (Mangan et al., 2015).

4.12 Arbeit auf lokaler Ebene

Die Ergebnisse unserer Studie deuten darauf hin, dass Arbeit auf lokaler Ebene oder direkte örtliche Nähe die Zusammenarbeit verbessern könnten. Geringes Wissen übereinander und gegenseitige Vorurteile könnten so korrigiert werden (Kharicha et al., 2005). Keefe et al. (2009) wie auch Kharicha et al. (2005) sahen die örtliche Verbundenheit der Professionen als einzige Möglichkeit, wie Integration von Sozialarbeit in medizinische Abläufe funktionieren könne.

Im Jahr 2001 startete an einem universitären Lehrkrankenhaus in Missouri in den USA ein sechsmonatiges Pilotprojekt, in dem Sozialarbeiter in existierende medizinische Teams des Krankenhauses integriert wurden. Neben durchweg positiven persönlichen Erfahrungen auf beiden Seiten zeigte sich, dass die örtliche direkte Integration der Sozialarbeiter in die Teams die Versorgung der Patienten verbesserte. Die beteiligten Ärzte profitierten von der praktischen Erfahrung der Sozialarbeiter, vor allem in Hinblick auf die Koordination der Patientenbetreuung (Kitchen und Brook, 2005). Zwar ist es ein großer Schritt von der Teamarbeit im Krankenhaus hin zu regionaler Kooperation im ambulanten Sektor, doch stehen die positiven Erfahrungen beispielhaft für effektive Zusammenarbeit der Professionen.

Ein weiterer Vorteil des Pilotprojektes bestand darin, dass die Integration von Sozialarbeitern in ein universitäres Lehrkrankenhaus die Ausbildung der dort unterrichteten Medizinstudierenden um den Aspekt der Sozialarbeit erweiterte. Sie lernten, mit welchen Methoden Sozialarbeit zur Patientenversorgung beitragen kann (Kitchen und Brook, 2005). Gemeinsames Lernen in der Ausbildung war auch den von uns befragten Sozialarbeitern wichtig. Sie favorisierten eine Verknüpfung der Berufsgruppen schon in der Ausbildung, um von Beginn an ein gutes Verständnis der anderen Profession zu schaffen. Dies könnte vor allem für junge Mediziner sinnvoll sein, da es hier ein Wissensdefizit zu geben scheint (Kitchen und Brook, 2005). Rämngård et al. (2015) beschrieben isolierte Ausbildungen der Berufsgruppen als Hindernis und bestätigten so die These, dass eine verstärkte Verknüpfung von Ausbildungsabschnitten die Zusammenarbeit verbessern könnte. Offen bleibt die Frage, wie eine solche Verbindung gelingen kann.

4.13 Finanzierung

Die Sozialarbeiter vermuten, dass eine Bezahlung der Hausärzte für Kooperationen zu verstärkter Zusammenarbeit führen könnte. Ähnliche Ergebnisse erbrachte die quantitative Erhebung im Rahmen des Projektes „So how?“. Mangelnde Finanzierung der Zusammenarbeit vermuteten 67,4 % der befragten Sozialarbeiter als Hemmnis (Coppola et al., 2017). Die Hausärzte bestätigten diese Vermutung nicht, sie erwarteten überwiegend keine Veränderung durch Bezahlung. Der befragte Psychiater vertritt eine andere Ansicht, für ihn würde sich die Zusammenarbeit verbessern, wenn sie auf ärztlicher Seite bezahlt würde. Der Zeitmangel in Hausarztpraxen ist aus Sicht der Ärzte jedoch nicht finanziellem Druck geschuldet, sondern systembedingt, da manchmal zu wenige Praxen zu viele Patienten versorgen. Im Übrigen ist aber die zu hohe Patientenfrequenz im Vergleich mit anderen Gesundheitssystemen ein deutsches systematisches Phänomen (Czypionka et al., 2015).

Das Finanzierungsargument wurde in unserer Studie vor allem auf Seiten der Sozialarbeiter angebracht. In der Literatur wird vor allem die Bezahlung der Sozialarbeiter beleuchtet. Döbl et al. (2015) betrachteten es als Aufgabe des Staates, die Integration von Sozialarbeitern in die Hausarztmedizin finanziell zu ermöglichen. Auch die DEGAM (2012) fordert „neue Vergütungsstrukturen“, sodass Arbeit im Team

auch finanziell lohnenswert werde. Schlette et al. (2009) bemängelten die fehlende Abstimmung der verschiedenen Finanzierungsquellen für Tätigkeiten im Gesundheitssystem und der sozialen Arbeit. Im Zuge unserer Studie schlug die ärztliche Seite vor, die Sozialarbeiter aus dem Gesundheitsfond zu bezahlen, diese Forderung erscheint jedoch unrealistisch. Auch Abholz (2012) steht diesem Vorschlag kritisch gegenüber. Er merkte an, dass es bisher nicht funktionierte, „nicht-ärztliche [...] Berufe [...] mehrheitlich aus dem ärztlichen Einkommen zu finanzieren“. Dies liege entweder an einem Unwillen der Ärzte oder daran, dass die hausärztliche Praxis dann zu wenig Geld einnehme.

4.14 Die zukünftige Zusammenarbeit

In der Literatur wie auch in unserer Befragung kommt klar zum Ausdruck, dass ein Ausbau der interprofessionellen Kooperation von beiden Seiten gewünscht ist (Döbl et al., 2015; Glaser und Suter, 2016; Keefe et al., 2009; Suter et al., 2009). Zwar konnten einige unserer Hausärzte von regelmäßigen Kontakten berichten, doch das traf nicht auf alle Befragten zu. Viele bestehende Kontakte erscheinen beliebig oder sporadisch. Aus den Aussagen der Befragten geht hervor, dass es ein großes Potential zur Vernetzung und Zusammenarbeit von Hausärzten und Sozialarbeitern im Bonner Raum gibt. Die vorläufigen Ergebnisse der im Rahmen des Projektes „So how?“ erfolgten quantitativen Befragungen durch das IfH der Universität Bonn zeigen, dass die Hausärzte unter allen Facharzt Disziplinen die Spitzengruppe darstellt, mit der Sozialarbeiter und Sozialarbeiterinnen sich eine verstärkte Zusammenarbeit wünschen (27,5 %), knapp gefolgt von der Gruppe der Psychiater (24,4 %). Hinzukommt, dass 62 % der befragten Sozialarbeiter der Ansicht waren, Kooperation mit Hausärzten könne die Ergebnisse ihrer eigenen Arbeit verbessern (Coppola et al., 2017).

Die DEGAM (2012) propagierte, dass die hausärztliche Versorgung der Zukunft nur in interdisziplinären Teams inklusive Sozialarbeitern möglich sei. Die von uns befragten Ärzte sowie Hausärzte anderer Studien sehen eine Entlastung ihrer eigenen Arbeit in der fachlichen Unterstützung durch Sozialarbeiter (Keefe et al., 2009; Kriegel et al., 2020; Zimmermann et al., 2018). Die Autoren schlugen vor, dass Sozialarbeiter bei Bedarf auch vollzeitig die hausärztliche Versorgung unterstützen sollten. Sie äußerten

die Ansicht, dass Sozialarbeit Zeit für Patienten bereitstellen könne, die Ärzten oft fehle (Keefe et al., 2009).

Gute Zusammenarbeit basiert auf einem respektvollen Umgang miteinander (Mangan et al., 2015; Suter et al., 2009). Unsere Studie zeigt, dass sich beide Berufsgruppen gegenseitige Akzeptanz sowie Zusammenarbeit auf Augenhöhe wünschen. Auf Seiten der befragten Sozialarbeiter wird deutlich, dass sie sich eine verstärkte Würdigung ihrer Arbeit sowie einen Haltungswechsel der Hausärzte wünschen. Diese sollten sich Richtung Sozialarbeit und sozialer Problematiken öffnen. Der Wunsch basiert auf den Erfahrungen der Sozialarbeiter mit dem beschriebenen ungleichen Gefälle zwischen den Professionen. In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass gegenseitiger Respekt und Vertrauen Grundpfeiler für eine funktionierende Zusammenarbeit darstellen (Döbl et al., 2015; Mangan et al., 2015; Suter et al., 2009). Abholz (2012) betonte, dass geklärt sein muss, „wie Gleichberechtigung oder zumindest Gemeinsamkeiten (Patienten-Besprechungen) organisiert, finanziert sowie juristisch bezüglich Datenschutz und Verantwortlichkeit abgesichert werden können“. Unklar bleibt jedoch die Frage, was genau dies für die Hausärzte bedeutet.

Zusammenfassend deuten unsere Ergebnisse darauf hin, dass strukturell verankerte, langfristige Kooperationen die angesprochenen Hindernisse angehen und die persönliche Beziehung der Beteiligten verbessern könnten. Suter et al. (2009) betonten, dass vor allem eine generelle Bereitschaft zur Zusammenarbeit wichtig sei. Im Rahmen unserer Befragung bestand eine offene Haltung beider Professionen, die Beziehungen zu verbessern.

4.15 Stärken und Schwächen

Die qualitativen Methoden der Studie (Fokusgruppe, Leitfaden-Interview) ermöglichten eine Exploration des Forschungsfeldes aus Sicht der Sozialarbeit und der hausärztlichen Tätigkeit auf sprachlicher Ebene. Die Fokusgruppensitzung mit leitenden Sozialarbeitern erbrachte einen Einblick in verschiedene soziale Einrichtungen nicht nur auf der operativen, sondern auch auf Leitungsebene. Durch die Befragung von Hausärzten gelang es, einen Einblick zum Forschungsgegenstand unmittelbar in den Praxen zu gewinnen.

Ein viel diskutiertes Thema ist die repräsentative Aussagekraft qualitativer Studien (Mayring, 2015). Qualitative Forschung bezieht sich im Gegensatz zu quantitativer Forschung nicht auf die Häufigkeit von Ergebnissen, sondern auf die verschiedenen Ausprägungen in den Aussagen (Röbken und Wetzel, 2016). In qualitativer Forschung kommt dem sogenannten Sättigungseffekt Bedeutung zu, welcher eintritt, wenn durch weitere erfasste Äußerungen keine neuen Ergebnisse generiert werden können (Vogt und Werner, 2014). In vorliegender Studie wurde der Sättigungseffekt vermutlich nicht vollständig erreicht, um den Arbeitsaufwand im Rahmen einer Dissertation zu halten. Dennoch wiederholten sich die zentralen Aussagen der Hausärzte, sodass sich weitgehend typische Antwortmuster zeigten. Durch die Kondensierung sprachlicher Äußerungen entsprechend Mayring stellt man solche Muster heraus, die den Überzeugungen und Handlungsmotiven der Befragten entsprechen. Die Aussagekraft dieser Methode ist abhängig von der Glaubwürdigkeit der gesprochenen Worte, unterstellt, dass die Befragten uns nicht beeinflussen oder belügen wollten.

Durch die im Vergleich zu quantitativen Studien geringe Teilnehmerzahl ist ein Selektionsbias wahrscheinlich. Die Befragten beteiligten sich freiwillig und aus eigenem Interesse an dem Forschungsprojekt, sodass es vermutlich weniger Stimmen gab, die einer Zusammenarbeit der Professionen negativ gegenüber stehen, als es in den Berufsgruppen realistisch der Fall ist. Da es sich in unserer Studie um Meinungen und Selbstauskünfte handelt, besteht Anlass für sozial erwünschte Antworten. So können sich z.B. Ärzte zwar im Rahmen der Studie einen therapeutischen Einfluss der Sozialarbeit gewünscht haben, bei anderen Gelegenheiten jedoch nicht.

Den Befragungen von Sozialarbeitern und Hausärzten liegen mit Fokusgruppensitzung und semistrukturierten Interviews zwei unterschiedliche Erhebungsmethoden zugrunde. Fokusgruppen eignen sich gut zur Generierung von Forschungsfragen. In unserem Fall ermöglichten die Ergebnisse der Fokusgruppe mit Sozialarbeitern die Generierung eines Fragebogens und den Vergleich mit den Interview-Aussagen von Hausärzten.

4.16 Ausblick

Die Zukunft der medizinischen Grundversorgung liegt im interdisziplinären Team, so wünscht es die DEGAM (2012). Dabei ist in der Literatur auffallend oft die Sprache von „Integration der Sozialarbeit in die Allgemeinmedizin“ (Döbl et al., 2015; Keefe et al., 2009). Viele der internationalen Studien, welche die Kooperation der Professionen untersuchten, zielen auf eine Zusammenarbeit in demselben Haus ab. Berücksichtigt man die Strukturen in Deutschland, könnte der „Ausbau von hausarztzentrierten Teamstrukturen“ eine Lösung zur Verbesserung der Versorgung darstellen (Hartung und Schneider, 2016). Der Hausarzt öffnet Wege ins soziale Netz und fungiert als Vermittler zwischen Patient und Sozialarbeit – diese Vorstellung erscheint ebenso machbar wie wegweisend. Unsere Studie bietet Hinweise darauf, dass Hausärzte durchaus gewillt sind, dieses Projekt anzunehmen. Die Vorstellung scheitert jedoch oft an Unkenntnis der mannigfaltigen Angebote und an fehlenden Kontakten zur Sozialarbeit. Es wäre notwendig, dass sich Hausärzte über das soziale Netz, also die Angebote der verschiedenen lokalen Einrichtungen ausreichend und laufend informieren und die Patienten an die jeweiligen Institutionen und Ansprechpartner verweisen.

Das Streben nach Teamarbeit wurde in dem Projekt „Gesundes Kinzigtal“ seit seiner Gründung 2005 umgesetzt. Hier werden verschiedene Professionen nicht nur strukturell, sondern in Teilen auch örtlich eng verknüpft. Beteiligt sind beispielsweise Allgemeinmediziner und andere Fachärzte, Gesundheitsangebote in der Physiotherapie oder in Sportstudios sowie Sozialstationen, Pflegeheime und Psychotherapeuten. Ziel des Projektes ist ein System, das „sowohl den Einzelnen bei einer Erkrankung optimal unterstützt und gleichzeitig das Entstehen von gesunder Lebenslust ermöglicht“ (Gesundes Kinzigtal GmbH, 2019).

Einen positiv bilanzierten Ansatz bot das Projekt Gemeindegewestplus der Landesregierung Rheinland-Pfalz, das im Jahr 2015 startete (Schulz-Nieswandt et al., 2018). Hier besucht eine Gemeindegewestplus im Verbund mit Sozialarbeitern und Hausärzten alte, aber noch nicht pflegebedürftige Menschen zu Hause und kümmert sich um soziale oder gesundheitliche Anliegen mit dem Ziel, die Eigenständigkeit der Senioren zu erhalten (Rheinland-Pfalz, Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie, 2019). Das Projekt wurde bisher ausschließlich vom Land Rheinland-Pfalz

finanziert. Eine Beteiligung der Krankenkassen und Kommunen wird jedoch angestrebt, um eine Fortführung zu ermöglichen (Rheinland-Pfalz, Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie, 2019).

Das GKV-Gesundheitsreformgesetz gab im Jahr 2000 einen wichtigen Impuls hin zu interdisziplinärer Kooperation und ermöglichte die Entwicklung neuer Projekte, welche die Grundversorgung der Bevölkerung verbessern könnten (Milstein und Blankart, 2016). Die Erfahrungen aus Pilotprojekten zeigen, dass die Frage einer dauerhaften Finanzierung von staatlicher Seite aus geklärt werden sollte. Abholz (2012) vertritt sogar die Ansicht, dass „das gesamte System deutscher ambulanter Versorgung mit all ihren Teilnehmern [...] strukturell nicht reformiert, sondern völlig verändert werden [müsste]“. Trotz einiger integrierter Projekte liegt Deutschland im internationalen Vergleich zurück (Milstein und Blankart, 2016).

In Spanien beispielsweise arbeiten verschiedene Professionen, darunter Ärzte, Pflegende, Sozialarbeiter und Physiotherapeuten zur medizinischen Grundversorgung der Bevölkerung in Gesundheitszentren zusammen. Die schon in den Achtziger Jahren gegründeten Zentren werden in der Regel ärztlich geleitet (Dedeu et al., 2015; Hämel und Vössing, 2018). Hämel und Vössing (2018) betonten das „hohe [...] Maß an Koordination“ zwischen den Professionen und mit den Gemeinden sowie die „teamarbeitsfördernde[n] Strukturen“ in den spanischen Gesundheitszentren.

Evidenzgestützte Kooperationsprojekte zur gesundheitlichen Versorgung stellen eine wichtige Säule für deren dauerhafte Etablierung dar. Bisher weist die Forschung noch die erwähnten Defizite auf, vor allem bezüglich der Beziehung zwischen Hausärzten und Sozialarbeitern (Glasby und Miller, 2015; Hartung und Schneider, 2016). Mit unserer Arbeit haben wir zur Diskussion beigetragen. Nur stellt sich in der Praxis die Frage, ob eine Annäherung von Sozialarbeit und Allgemeinmedizin überhaupt erforderlich ist. Welche Notwendigkeiten und Aufgaben benötigen Hausärzte und Sozialarbeiter dazu, langfristige Kooperationen zu etablieren? Angesichts der positiven Erfahrungen im Kinzigtal, in Rheinland-Pfalz und in Hamburg kann die Empfehlung für verstärkte Projektarbeit ausgesprochen werden, beispielsweise in der beruflichen Rehabilitation nach Unfall, Operation oder schwerer Krankheit, in der Quartiersarbeit gegen medizinische Unterversorgung und Verwahrlosung insbesondere bei Menschen ohne

Aufenthaltsstatus oder ohne Krankenversicherung, in der aufsuchenden Sozialarbeit bei Langzeitarbeitslosigkeit wegen chronischer oder Sucht-Erkrankungen oder in der Etablierung von Elternschulen für prekäre Milieus. Auch die hausärztliche Regelversorgung in Landgemeinden könnte Änderungen erfahren. Überalterung der Patienten, Mangel an hausärztlichem Nachwuchs, Transport- und Verkehrsprobleme und kaum bezahlbare Seniorenheime machen mehr medizinische Versorgung unter Einbindung der Sozialarbeit notwendig. Begleitende Forschung zur Zusammenarbeit der Professionen könnte weitere Erkenntnisklarheit bezüglich der aufgeworfenen Fragen schaffen, wissenschaftliche Arbeiten auf diesem Gebiet fallen in Deutschland dürftig aus.

Der Weg für eine gute zukünftige Zusammenarbeit von Allgemeinmedizin und Sozialarbeit zur besseren Versorgung der Bevölkerung ist insgesamt noch wenig geebnet. Fraglich erscheint, ob Anstrengungen in dieser Richtung unterstützt werden. Noch dringlicher als die Forschung erscheint aus Sicht der Allgemeinmedizin, dass die gesellschaftlichen Unterschiede zwischen Arm und Reich nicht weiter zunehmen. Armut macht Menschen krank – fehlende soziale Stabilität lässt sie krank werden oder sich in Krankheit fliehen. Nicht allein die gesundheitlichen Probleme füllen also die Arztpraxen, sondern auch die soziale Bedürftigkeit der Menschen ist dort spürbar. Es bleibt zu hoffen, dass die interdisziplinäre Teamarbeit im medizinischen Sektor in Deutschland zunehmen wird. Weitere Anstrengungen von beiden Seiten erscheinen nötig.

5. Zusammenfassung

Hausärztliche Patienten tragen nicht nur ihre medizinischen, sondern auch ihre sozialen Fragen, Bedürfnisse und Probleme in die Arztpraxen. Soziale und gesundheitliche Probleme scheinen sich oft gegenseitig zu bedingen. Somit liegt die Frage nach einer Kooperation zwischen Hausärzten und Sozialarbeitern nahe. Deutschsprachige Studien zu dieser Thematik finden sich bislang nur vereinzelt.

Ziel der Studie war die Beschreibung bestehender Kontakte und Kooperationen zwischen Hausarztmedizin und Sozialarbeit. Die Untersuchung befasst sich zudem mit möglichen Problemen und Hindernissen für die Zusammenarbeit beider Professionen.

Die Studie basiert auf qualitativen Befragungen von Ärzten und Sozialarbeitern aus Bonn und Umgebung. Aus den Ergebnissen einer Fokusgruppensitzung mit leitenden Sozialarbeitern entwickelten wir ein Leitfadeninterview zur Befragung von elf Hausärzten und eines Psychiaters. Die Transkripte wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet: Durch induktive Kategorienbildung entstanden thematische Kategorien, die den Inhalt der Transkripte sortiert darstellen. Auf Seiten der Sozialarbeiter fanden sich neun, für die Hausärzte dreizehn Hauptkategorien.

Unsere Studie zeigt, dass die Beziehung zwischen den beiden Berufsgruppen von vielen Unterschieden geprägt ist, beispielsweise in den Ausbildungsgängen, im Sprachgebrauch und im Verständnis der sozialen Probleme. Als Hindernisse für eine Zusammenarbeit nannten die Befragten schlechte Kommunikation untereinander, mangelhafte Informationen der Ärzte über die Angebote des sozialen Netzes, Datenschutzauflagen, erhöhten Arbeitsaufwand sowie fehlende Wertschätzung der Sozialarbeit seitens der Hausärzte. Die berichtete Häufigkeit und Qualität der Kooperationen erscheinen bislang mäßig und inhomogen.

Die Beziehung von Hausärzten und Sozialarbeitern ist von einem ungleichen Machtgefüge geprägt. Problematisch sind die fließenden Grenzen zwischen den Aufgabenfeldern, eine Definition der sozialen Arbeit fehlt beiden Berufsgruppen. Das Rollenverständnis zwischen Arzt und Sozialarbeiter sollte jeweils durch konkrete Arbeitsverteilung in respektvollem Umgang und guter Kommunikation geklärt werden.

Viele Hausärzte sehen sich in einer zentralen Rolle bezüglich sozialer Problematiken ihrer Patienten. Gegen einen eigenen professionellen Umgang sprechen allerdings ihre fehlende sozialarbeiterische Ausbildung, erlernte Medikalisierungstendenzen und knappe Zeitressourcen in der Arztpraxis.

Hausärzte können als Vermittler ins soziale Netz fungieren. Hierfür wären zentrale Informationsstellen über das lokoregionale soziale Angebot sehr hilfreich. Wesentlich sind auch eine gute Erreichbarkeit untereinander sowie ein angemessener zeitlicher Aufwand. Denkbar erscheinen sogar etablierte Kooperationen auf lokaler Ebene, z.B. durch ein gegenseitiges Zuweisungssystem oder in Projekten wie in der Flüchtlingsbetreuung oder der Betreuung von demenzkranken Personen.

Angesichts einiger geschilderter positiver Beispiele scheint erfolgreiche Zusammenarbeit durchaus möglich und wünschenswert – so auch teilweise in der ausländischen Literatur. Dennoch ist der Weg für eine gute Zusammenarbeit von Allgemeinmedizin und Sozialarbeit in Deutschland noch wenig geebnet. Weitere Anstrengungen beider Berufe sowie begleitende Forschung sind nötig, um die erkannten Hindernisse zu überwinden und evtl. zu stärkerer Kooperation zu gelangen.

6. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell (Mayring, 2015).....16

7. Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Charakteristika der befragten Sozialarbeiter und Hausärzte..... 24

8. Literaturverzeichnis

Abholz HH. Probleme des Teams in der deutschen ambulanten Versorgung. Z Allg Med 2012; 88: 226-231

Abholz HH, Jobst D. Krankheitskonzept, hermeneutisches Fallverständnis, Medikalisierung. In: Jobst D, Hrsg. Facharztprüfung Allgemeinmedizin. München: Elsevier, 2015: 8f

Abramson JS, Mizrahi T. Understanding collaboration between social workers and physicians: application of a typology. Soc Work Health Care 2003; 37: 71-100

Ansen H. Soziale Beratung in der Klinischen Sozialarbeit und ihr spezifischer Behandlungsbeitrag bei Krankheit. In: Ortmann K, Röh D, Hrsg. Klinische Sozialarbeit – Konzepte, Praxis, Perspektiven. Freiburg: Lambertus-Verlag, 2008: 51-67

Ashcroft R, McMillan C, Ambrose-Miller W, McKee R, Brown JB. The emerging role of social work in primary health care: A survey of social workers in Ontario family health teams. Health Soc Work 2018; 43: 109-117

Bayne-Smith M, Mizrahi T, Korazim-Körösy Y, Garcia M. Professional identity and participation in interprofessional community collaboration. Issues in interdisciplinary studies 2014; 32: 103-133

Bundesärztekammer, 2011: (Muster-) Kursbuch Sozialmedizin. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/MKB_Sozialmedizin.pdf (Zugriffsdatum: 25.05.2019)

Bundesärztekammer, 2018: (Muster-) Kursbuch Psychosomatische Grundversorgung. https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Fortbildung/Muster-Kursbuch_PSGV.pdf (Zugriffsdatum 25.05.2019)

Charité – Universitätsmedizin Berlin, Prodekanat für Studium und Lehre, 2018: Modulhandbuch Modul 1 – Einführung. <https://lernziele.charite.de/modell/modulhandbuecher/modulhandbuch13355.pdf> (Zugriffsdatum: 25.05.2019)

Conrad P, Barker KK. The social construction of illness: key insights and policy implications. *J Health Soc Behav* 2010; 51: 67-79

Coppola A, Beckmann N, Jobst D. So how? Sozialarbeit und Hausarztmedizin zusammen - aber wie? Kommunale Sozialarbeit und ihre Kontakte zu niedergelassenen Ärzten unter besonderer Berücksichtigung der Hausarztmedizin (Survey). Institut für Hausarztmedizin, Uniklinikum Bonn, Poster DEGAM-Kongress, 2017

Czypionka T, Kraus M, Kronemann F. Bezahlungssysteme in der Primärversorgung. Studie im Auftrag vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Institut für Höhere Studien Wien, 2015

Dedeu T, Bolibar B, Gené J, Pareja C, Violan C. Spain. In: Kringos DS, Boerma WGW, Hutchinson A, Saltman RB, Hrsg. Building primary care in a changing Europe – Case studies. Kopenhagen: The European Observatory on Health Systems and Policies, 2015: 253-264

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2002: Fachdefinition. <https://www.degam.de/fachdefinition.html> (Zugriffsdatum: 08.07.2018)

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 2012: Allgemeinmedizin - spezialisiert auf den ganzen Menschen. Positionen zur Zukunft der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Praxis. https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf (Zugriffsdatum: 05.07.2018)

Deutsche Gesellschaft für soziale Arbeit, 2018: Klinische Sozialarbeit. <https://www.dgsa.de/sektionen/klinische-sozialarbeit/> (Zugriffsdatum 10.09.2018)

Deutscher Bildungsserver, 2019: Wohlfahrtsverbände in Deutschland. <https://www.bildungsserver.de/Wohlfahrtsverbaende-in-Deutschland-2007-de.html> (Zugriffsdatum: 24.07.2019)

Döbl S, Huggard P, Beddoe L. A hidden jewel: social work in primary health care practice in Aotearoa New Zealand. *J Prim Health Care* 2015; 7: 333-338

- Dresing T, Pehl T. Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse - Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende. Marburg: dr. dresing & pehl GmbH, 2017
- Egger J. Das biopsychosoziale Krankheits- und Gesundheitsmodell. In: Egger J, Hrsg. Integrative Verhaltenstherapie und psychotherapeutische Medizin. Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung. Wiesbaden: Springer VS, 2015: 53-83
- Eickhoff V, Gaubitsch R, Melinz G. Berufsbiographien von SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen / ErzieherInnen. Arbeitsmarktservice Österreich, 2009
- Geißler-Piltz B, Mühlum A, Pauls H. Klinische Sozialarbeit. München - Basel: Ernst Reinhardt Verlag, 2005
- Gesundes Kinzigtal GmbH, 2019: Gesundes Kinzigtal. <https://www.gesundeskinzigtal.de/> (Zugriffsdatum: 13.03.2019)
- Glasby J, Miller R. New conversations between old players? The relationship between general practice and social care. J Integr Care 2015; 23: 42-52
- Glaser B, Suter E. Interprofessional collaboration and integration as experienced by social workers in health care. Soc Work Health Care 2016; 55: 395-408
- Gläser J, Laudel G. Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden: Springer VS, 2010
- Hämel K, Vössing C. Gesundheitszentren in Spanien (Centros de Salud). PORT – Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung, 2018
- Hartung M, Schneider N. Sozialarbeit und hausärztliche Versorgung: eine Literaturübersicht. Z Allg Med 2016; 92: 363-366
- Illich, I. Medical nemesis: the expropriation of health. London: Calder & Boyars, Ltd., 1974
- Institut für Hygiene und Öffentliche Gesundheit, Universitätsklinik Bonn, 2016: Kursus Arbeitsmedizin/Sozialmedizin, Teil Sozialmedizin. <https://www.ihph.de/lehresozial.php> (Zugriffsdatum: 25.05.2019)

International federation of Social Workers, 2014: Global Definition of Social Work. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/> (Zugriffsdatum: 17.07.2018)

Jobst D, Fuchs A, Joest A, Nagel N. Anliegen und Wünsche gesunder Patienten – wie gehen Hausärzte damit um? *Gesundheitswesen* 2007; 69: 607-611

Jobst D, Joos S. Soziale Patientenanliegen - eine Erhebung in Hausarztpraxen. *Z Allg Med* 2014; 90: 496-501

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, 2019: Übersicht über die haus- und fachärztliche Versorgung in Nordrhein, Stand 30.04.2019. https://www.kvno.de/downloads/bedarfsplanung/anlagen_bedarfsplanung.pdf (Zugriffsdatum 07.09.2019)

Keefe B, Geron SM, Enguidanos S. Integrating social workers into primary care: physician and nurse perceptions of roles, benefits, and challenges. *Soc Work Health Care* 2009; 48: 579-596

Kharicha K, Iliffe S, Levin E, Davey B, Fleming C. Tearing down the Berlin wall: social workers' perspectives on joint working with general practice. *Fam Pract* 2005; 22: 399-405

Kitchen A, Brook J. Social Work at the Heart of the Medical Team. *Soc Work Health Care* 2005; 40: 1-18

Kohler U, Ehlert M, Grell B, Heisig JP, Radenacker A, Wörz M. Verarmungsrisiken nach kritischen Lebensereignissen in Deutschland und den USA. *Köln Z Soziol* 2012; 64: 223-245

Kriegel J, Rissbacher C, Pölzl A, Tuttle-Weidinger L, Reckwitz N. Levers for integrating social work into primary healthcare networks in Austria. *Health Policy* 2020; 124: 75-82

Lampert T. Armut und Gesundheit. In: Schott T, Hornberg C, Hrsg. *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit*. Wiesbaden: Springer VS, 2011: 575-597

- Mangan C, Miller R, Ward C. Knowing me, knowing you: Inter-professional working between general practice and social care. *J Integr Care* 2015; 23: 62-73
- Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 2015
- Mayring P. *Einführung in die qualitative Sozialforschung*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 2016
- McGregor J, Mercer SW, Harris FM. Health benefits of primary care social work for adults with complex health and social needs: a systematic review. *Health Soc Care Community* 2018; 26: 1-13
- Milstein R, Blankart CR. The Health Care Strengthening Act: The next level of integrated care in Germany. *Health Policy* 2016; 120: 445-451
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, 2019: Zusammen im Quartier – Kinder stärken – Zukunft sichern. <https://www.mags.nrw/Zusammen-im-Quartier> (Zugriffsdatum: 14.04.2019)
- Mizrahi T, Abramson JS. Collaboration between social workers and physicians: perspectives on a shared case. *Soc Work Health Care* 2000; 31: 1-24
- Morgan DL. *Qualitative research methods. Focus groups as qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1988
- Murray S. Poverty and Health. *CMAJ* 2006; 174: 923
- Netting FE, Williams FG. Expanding the boundaries of primary care for elderly people. *Health Soc Work* 2000; 25: 233-242
- Ningel, R. *Methoden der klinischen Sozialarbeit*. Stuttgart: UTB, 2011
- Pförtner TK. *Armut und Gesundheit in Europa – Theoretischer Diskurs und empirische Untersuchung*. Wiesbaden: Springer VS, 2013
- Rämgård M, Blomqvist K, Petersson P. Developing health and social care planning in collaboration. *J Interprof Care* 2015; 29: 354-358

Rheinland-Pfalz, Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie, 2019: Gemeindegewerplus – Rheinland-Pfalz. <https://msagd.rlp.de/de/unsere-themen/aeltere-menschen/gemeindegewerplus/> (Zugriffsdatum: 21.05.2019)

Röbken H, Wetzel K, 2016: Qualitative und quantitative Forschungsmethoden. https://www.uni-oldenburg.de/fileadmin/user_upload/c3l/Studiengaenge/BABusinessAdmin/Download/Leleseproben/bba_leseprobe_quli_quanti_forschungsmethoden.pdf (Zugriffsdatum: 26.04.2018)

Röh D. Konzept und Methodik sozialarbeiterischer Diagnostik in der Klinischen Sozialarbeit. In: Ortmann K, Röh D, Hrsg. Klinische Sozialarbeit. Konzepte - Praxis - Perspektiven. Freiburg: Lambertus-Verlag, 2008: 35-50

Schlette S, Lisac M, Blum K. Integrated primary care in Germany: the road ahead. *Int J Integr Care* 2009; 9: e14

Schulz-Nieswandt F, Köstler U, Mann K, 2018: Evaluation des Modellprojekts „Gemeindegewerplus“ des Landes Rheinland-Pfalz. https://msagd.rlp.de/fileadmin/msagd/Aeltere_Menschen/AM_Dokumente/Evaluationsbericht_END.pdf (Zugriffsdatum: 21.05.2019)

Soziales-Bonn.de, 2019: Anbieter im Sozialbereich Bonn. <https://www.soziales-bonn.de/> (Zugriffsdatum 14.04.2019)

Suter E, Arndt J, Arthur N, Parboosingh J, Taylor E, Deutschlander S. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *J Interprof Care* 2009; 23: 41-51

Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007; 19: 349-357

Trabert G, Waller H. Sozialmedizin: Grundlagen und Praxis. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH, 2013

Vogt S, Werner M. Forschen mit Leitfadeninterviews und qualitativer Inhaltsanalyse. Skript, Fakultät für angewandte Sozialwissenschaften, Fachhochschule Köln 2014

Weltgesundheitsorganisation, 2004: Soziale Determinanten von Gesundheit.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98441/e81384g.pdf?ua=1
(Zugriffsdatum: 17.08.2018)

Zimmermann T, Mews C, Kloppe T, Tetzlaff B, Hadwiger M, von dem Knesebeck O, Scherer M. Soziale Probleme in der hausärztlichen Versorgung - Häufigkeit, Reaktionen, Handlungsoptionen und erwünschter Unterstützungsbedarf aus der Sicht von Hausärztinnen und Hausärzten. Z Evif Fortbild Qual Gesundh wesen 2018; 131-132: 81-89

9. Anhang

9.1 Interviewleitfaden

Einleitung

Begrüßung und Dank

Fokusgruppensitzung vorstellen: leitende Sozialarbeiter aus Bonn haben Erfahrungen und Meinungen zusammengetragen, im Laufe des Interviews werden Sie eventuell auch mit einigen Ergebnissen der Fokusgruppensitzung konfrontiert

Leitfadeninterview: Dient der Sammlung von Meinungen, Fragen werden an den Gesprächsverlauf angepasst und Sie können dann einfach erzählen

Sozialarbeit erweitern: nicht nur die Profession, sondern Sozialarbeit im weiteren Sinne (auch Sozial- und Wohlfahrtsverbände, Kirchengemeinden, kommunale soziale Einrichtungen, Soziallotsen etc.)

Fallen dem Interviewten direkt noch weitere Einrichtungen ein? Arbeiten Sie mit diesen zusammen?

Dazu folgen nun, wenn Sie einverstanden sind, unsere Fragen im Detail:

Rolle als Hausarzt vs. Sozialarbeit

Sie übernehmen als Hausarzt oft die Rolle eines Sozialarbeiters, wie sehen Sie das?

Wie beurteilen Sie die Arbeit von Sozialarbeitern im Vergleich zu Ihrer?

Haben Sie das Gefühl, den Patienten auch in nichtmedizinischen Fragen weiterhelfen zu können?

Wie ist Ihre Meinung zu der Aussage, dass die überwiegende Mehrheit der Ärzte die sozialen Probleme (z.B. familiäre Gewalt, Sucht) nicht sehen (wollen)?

Inwiefern ermutigen Sie Ihre Patienten, sich an Sozialarbeiter zu wenden?

Was sind Gründe für Sie, sich [nicht] an die Sozialarbeit zu wenden?

Netzwerke

Wie sieht Ihr Interesse aus an Angeboten seitens der Sozialarbeit? An welcher Sparte?

Wissen Sie, an welche Sozialstelle/an welchen Wohlfahrtsverband Sie sich (zum Beispiel im Bereich der Flüchtlingshilfe oder der Sucht) wenden könnten?

Wie bekommen Sie die Informationen darüber? Nutzen Sie Websites wie www.Soziales-Bonn.de? Örtliche Zeitungen? Erfahrung? durch Patienten?

Würden Sie sich mehr Informationen über das soziale Netz in Ihrer Umgebung wünschen?

Würden sie es mit mehr Information häufiger nutzen? In welcher Form soll diese Information für Sie bereit stehen?

Zusammenarbeit

Wie regelmäßig/häufig haben Sie Kontakte zur Sozialarbeit?

In welchem Bereich finden Ihre Kontakte statt?

Was sind die Inhalte dieser Kontakte?

Wie viele etwa (einmal in der Woche, einmal im Jahr, regelmäßig)?

Haben Sie noch andere berufliche Kontakte zur Sozialarbeit? Welcher Art? Welche Bereiche?

Wie oft führt ein Kontakt zu Zusammenarbeit? (Frage wurde nach dem dritten Interview hinzugefügt)

Wie sieht Ihr Bedürfnis nach vielleicht auch mehr Zusammenarbeit/Kontakten aus?

Welche Erwartungen haben Sie an die Sozialarbeit, wenn Sie diese hinzuziehen?

Was glauben Sie, was Ihre Patienten fühlen würden, wenn Sie sie z.B. an die Schuldnerberatung oder Suchthilfe weitervermitteln würden?

Könnten Sie sich einen therapeutischen Einfluss der Sozialarbeit vorstellen? (Also dass der Sozialarbeiter in Richtung Heilung tätig ist) [Frage wurde nach dem dritten Interview hinzugefügt]

Finanzierung

Sozialarbeiter nehmen an, dass Hausärzte für Ihre Zusammenarbeit mit Sozialarbeit nicht bezahlt werden und dadurch ein Kontakt zu selten zustande kommt. Wie ist Ihre Meinung dazu?

Was würde sich an Ihrer Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern ändern, wenn Sie als Arzt dafür bezahlt würden?

Fallen Ihnen (weitere) Gründe ein, wieso die Zusammenarbeit nicht stattfindet?

Was könnte die Zusammenarbeit verbessern? [Frage wurde nach dem dritten Interview hinzugefügt]

Hätten Sie als Hausarzt einen Wunsch an Sozialarbeit? Noch etwas vergessen?

Abschluss: Dank, nach Alter und Zeit im Beruf fragen

10. Danksagung

Mein größter Dank gilt Prof. Dr. med. Jobst für seine ausgezeichnete Betreuung meiner Arbeit. Sie haben nicht nur viel Herzblut und Zeit in das Projekt investiert, sondern mir durch Ihre Bemühungen immer wieder neue Begeisterung geschenkt und mich zudem in meinem Wunsch bestärkt, mich der Allgemeinmedizin zuzuwenden.

Mein Dank gilt allen Teilnehmern der Studie, die oft nach einem langen Arbeitstag freiwillig und ohne Gegenleistung an der Befragung teilgenommen haben. Erst Sie haben die Studie ermöglicht.

Vielen Dank an die Mitarbeiter des Instituts für Hausarztmedizin, die durch konstruktive Doktorandentreffen einen großen Beitrag zu meiner Arbeit geleistet haben. Vielen Dank an Frau Feldman, die mit der Transkription der Fokusgruppensitzung einen beträchtlichen Beitrag geleistet hat, sowie an Frau Mauer für die Leitung der Fokusgruppensitzung. Besonderer Dank gilt Frau Dralle für ihre Beteiligung an der Kategorienordnung.

Ein großer Dank gilt meinen Eltern, die mir das Medizinstudium überhaupt erst ermöglicht und mit viel Geduld zum Gelingen der Arbeit beigetragen haben. Eurer Unterstützung verdanke ich all die tollen Erfahrungen, die ich auf meinem bisherigen Weg sammeln durfte.