



Soziale Arbeit in der Arztpraxis

Grundlagen und Umsetzung

Autorenschaft: René Rüegg, Katharina Eiler, Fabienne Schüpbach, Christoph Gehrlach

14. März 2022

Version 1.0

Impressum

Autorenschaft

René Rüegg, Berner Fachhochschule
Katharina Eiler, Berner Fachhochschule
Christoph Gehrlach, Berner Fachhochschule

Reviewer

Bernhard Gerber, PPIZ Zollikofen
Eva Horat, SoBü Bern
Fabian Schalch, Gesundheitspunkt Oberägeri
Dunja Vetter, Caritas beider Basel
Michael Deppeler, Salutomed Zollikofen

Kontakt

Berner Fachhochschule (Departement Soziale Arbeit)
Institut für Organisation und Sozialmanagement
Hallerstrasse 10
3012 Bern
Tel direkt: +41 31 848 36 60
E-Mail: rene.rueegg@bfh.ch

Finanzierung

Schweizerische Agentur für Innovationsförderung

Vorwort

Dieser Bericht wurde im Rahmen eines Projekts realisiert, das von der Schweizerischen Agentur für Innovationsförderung (Innosuisse) finanziert wurde. Das zweijährige Innovations- und Forschungsprojekt wurde zusammen mit der Caritas beider Basel, dem Gesundheitspunkt Oberägeri, der Psychotherapeutischen Praxis in Zollikofen (P PiZ) und dem Sozialberatungsbüro Bärn (SoBü Bärn) umgesetzt. Allen beteiligten Personen der vier Pionierangebote gebührt eine grosse Anerkennung für ihr Engagement für eine konsequente, patientenorientierte Gesundheitsversorgung sowie für die Patientinnen und Patienten in ihren verschiedensten Lebenslagen.

Der vorliegende Bericht verfolgt das Ziel, in die fachlichen und organisatorischen Grundlagen der Sozialen Arbeit in der Arztpraxis einzuführen. In erster Linie richtet sich der Bericht an Fachkräfte der Praxis, die sich für die Umsetzung der Sozialen Arbeit in der Arztpraxis interessieren. Sie sollen sowohl von den theoretischen Grundlagen als auch von den Erfahrungen der vier Pioniermodelle profitieren können. Zweitens richtet sich das Dokument an Entscheidungsträger*innen der Politik und Verwaltung, die mehr über Soziale Arbeit in der Arztpraxis erfahren möchten und sich gerne von den verschiedenen Umsetzungsmodellen überzeugen lassen möchten.

Der Bericht wird um einen Forschungsbericht ergänzt, in dem die Ergebnisse einer empirischen Nutzen- und Wirkungsanalyse präsentiert werden. Des Weiteren wurde eine Broschüre erstellt, worin die wichtigsten Merkmale der Sozialen Arbeit in der Arztpraxis zusammengefasst sind. Alle Publikationen sind über die URL bfh.ch/soziale-arbeit/arztpraxis online zugänglich.

An dieser Stelle muss auf ein ungelöstes begriffliches Problem hingewiesen werden. Die am Projekt beteiligten Pilotprojekte bilden eine Vielfalt von Angebotsformen ab. Es wird nicht nur Soziale Arbeit *in* der Arztpraxis, sondern auch Soziale Arbeit *für* die Arztpraxis angeboten. Die gesamte Vielfalt dieser Modelle wird mit dem Begriff «Soziale Arbeit in der Arztpraxis» abgedeckt (Kapitel 4.2). Da im Bericht auf die Bedeutung einer starken medizinischen Grundversorgung hingewiesen wird, wird auch das Synonym «Soziale Arbeit in der Grundversorgung» gebraucht.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	6
2	Professionelle Soziale Arbeit	9
	2.1 Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit	9
	2.2 Selbstverständnis der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit	10
3	Professionelle Soziale Arbeit in der Grundversorgung	11
	3.1 Auftrag	11
	3.1.1 Auftrag der Patientinnen und Patienten	11
	3.1.2 Auftrag der Ärzteschaft	12
	3.1.3 Auftrag des Gemeinwesens	13
	3.1.4 Auftrag der Profession	13
	3.2 Potenzial	14
	3.2.1 Fachkräftemangel	15
	3.2.2 Bekämpfung von Einsamkeit	15
	3.2.3 Burnout-Risiko	16
	3.2.4 Interprofessionalität	16
	3.2.5 Prävention und Früherkennung	16
	3.2.6 Adhärenz	17
	3.2.7 Soziale und gesundheitliche Ungleichheit	17
	3.2.8 Zusammenfassung	18
	3.3 Formen der Zusammenarbeit	18
	3.3.1 Koordinative Zusammenarbeit	19
	3.3.2 Ko-kreative Zusammenarbeit	19
	3.3.3 Projekthafte Zusammenarbeit	20
	3.4 Kollaborative Zusammenarbeit	20
	3.4.1 Gemeinsame Ziele	21
	3.4.2 Interdependenz und Rollenklärung	21
	3.4.3 Neue Aktivitäten	22
	3.4.4 Flexibilität	22
	3.4.5 Reflexion	23
	3.5 Ein Blick über die Grenze	24
4	Umsetzung in der Schweiz	26
	4.1 Bedarf	26
	4.1.1 Bedarf aus Sicht der Patientinnen und Patienten	27
	4.1.2 Bedarf aus Sicht der Ärzteschaft	28
	4.1.3 Bedarf aus Sicht des Gemeinwesens	29

4.2 Umsetzungsmodelle	29
4.2.1 Sozialberatung in der Praxis	30
4.2.2 Externe Sozialberatung (vor Ort)	30
4.2.3 Externe Sozialberatung (ausserhalb der Praxis)	30
4.3 Leistungsangebot	31
4.4 Idealtypische Rollen der Sozialarbeitenden	33
4.5 Finanzierung	34
4.5.1 Kanton und Gemeinde	35
4.5.2 Praxisertrag	35
4.5.3 Stiftungen	35
4.5.4 TARMED-Position 02.04	36
4.6 Einführung und Betrieb	36
4.6.1 Bedarfserhebung	36
4.6.2 Anforderungen an den Sozialarbeitenden	37
4.6.3 Fachliche Entwicklung	37
4.6.4 Kommunikation	38
4.6.5 Infrastruktur	39
4.6.6 Schweigepflicht und Datenschutz	39
4.6.7 Budget und Finanzierung	39
4.7 Risiken der Einführung und Umsetzung	40
4.7.1 Zu wenige Überweisungen der Ärzteschaft	40
4.7.2 Reduktion auf eine administrative Hilfskraft	41
4.7.3 Unklare Fallverantwortung	42
5 Ausblick	43
6 Abbildungsverzeichnis	45
7 Tabellenverzeichnis	45
8 Glossar	46
9 Literaturverzeichnis	47
10 Anhang	52
10.1 (A) Checkliste für die Planung und Einführung	52
10.2 (B) Chancen und Herausforderungen der Umsetzungsmodelle	54
10.3 (C) Muster-Budget	56
10.4 (D) Muster-Überweisungsformular	57

1 Einleitung

Die Systeme der Gesundheitsversorgung werden zunehmend von Menschen belastet, die an chronischen oder mehrfachen Erkrankungen leiden. Sie beanspruchen das Gesundheitswesen in deutlich höherem Masse als die durchschnittliche Bevölkerung, weil sie mehr Medikamente benötigen, öfter eine Ärztin oder einen Arzt¹ aufsuchen, mehr unterschiedliche Fachpersonen konsultieren und häufiger hospitalisiert und rehospitalisiert werden. Nichtübertragbare Erkrankungen machen derzeit rund 80 Prozent der direkten Gesundheitskosten aus (BAG 2016).

Damit die Kosten nichtübertragbarer Erkrankungen bei gleichbleibender oder höherer Versorgungsqualität stabil bleiben oder sogar gesenkt werden können, müssen die Strukturen der ambulanten Grundversorgung gestärkt werden. Dafür muss auch die Soziale Arbeit vermehrt den Weg in die Arztpraxen finden oder eng mit den Anbietenden der Grundversorgung zusammenarbeiten. Die folgenden drei Prämissen zeigen exemplarisch, dass die Stärkung der ambulanten Gesundheitsversorgung mit Sozialer Arbeit keine Option, sondern vielmehr eine Notwendigkeit darstellt.

1. Stärkung interprofessioneller Teams

Die mit chronischen Erkrankungen einhergehende, zunehmende Belastung des Gesundheitswesens muss auch aus einer gesundheitspolitischen Perspektive durch eine starke Grundversorgung aufgefangen werden. Eine starke Grundversorgung erhöht nicht nur die gesundheitliche Chancengleichheit, die Gesundheit der Bevölkerung und die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten, sondern senkt gleichzeitig auch unnötige Hospitalisierungen und Gesundheitsausgaben (van Weel & Kidd 2018; Starfield et al. 2005; WHO, 1978). Weil eine starke Grundversorgung auch die gesundheitsbezogenen Nachhaltigkeitsziele (SDGs) fördert, empfiehlt die WHO allen Ländern, ein zusätzliches Prozent ihres Bruttoinlandprodukts für die Grundversorgung einzusetzen (WHO 2021).

Eine starke Grundversorgung besteht aus interprofessionellen Teams mit Hausärztinnen, Kinderärzten, Assistenzärztinnen, Pflegefachkräften, Ernährungsberatern, Apothekern, Zahnärztinnen sowie Sozialarbeitenden (WHO & UNICEF 2018). Sozialarbeitende unterstützen den Zugang zum und die Orientierung im Gesundheitswesen, fördern die soziale Integration, entlasten das medizinische Personal bei sozial schwierigen Lebenssituationen und übernehmen umfassende soziale Anamnesen (z. B. bei komplexen Themen betreuender Angehöriger, im Kontext des Kindes- und Erwachsenenschutzes oder der Sozialversicherungen). Interprofessionelle Teams mit Expertinnen und Experten für das Soziale ermöglichen gezielte Massnahmen in den Bereichen Früherkennung, Prävention und Gesundheitsförderung. Diese Teams erhöhen die gesundheitliche Chancengleichheit und damit eine «Gesundheit für alle» (WHO & UNICEF 2018).

¹ Um einen besseren Lesefluss zu gewährleisten, wird gelegentlich der Geschlechterstern (z.B. Sozialarbeiter*innen) verwendet. In Ausnahmefällen, wenn nämlich die genderinklusive Sprache unverständlich wird, wird auf das generische Maskulin (z. B. das Verhältnis zwischen Arzt und Patienten) zurückgegriffen. Auch in diesen Ausnahmefällen sind alle Geschlechter angesprochen.

2. Stärkung der Arbeitsplatzattraktivität

Wenngleich die Schweiz mit zehn Hausärzten auf 10 000 Einwohner*innen eine stabil hohe Ärztedichte in der Grundversorgung aufweist und interprofessionelle Versorgungsmodelle Verbreitung finden (Schusselé Fillietaz et al. 2018; Reichlmeier & Meier 2018), weisen andere Zahlen auf Entwicklungspotenzial in der Grundversorgung hin. Der Anteil aller Ärztinnen und Ärzte über 54 Jahre hat sich seit der Jahrtausendwende in der Schweiz verdoppelt und liegt aktuell bei rund 37 Prozent (OECD 2021). Damit dürfte sich die Versorgungslage zukünftig – zumindest in einzelnen Regionen – verschärfen.

Grundversorgungszentren mit interprofessionellen Versorgungsteams verbessern nicht nur die Versorgungsqualität und die Behandlungsergebnisse (Fraser et al. 2018), sondern können auch die Arbeitsplatzattraktivität erhöhen. Gerade in tendenziell unterversorgten Regionen, wo die Vernetzung mit anderen Fachkräften erschwert ist, können interprofessionelle Teams den Einstieg insbesondere auch für junge Berufseinsteiger*innen erleichtern (Chevillard & Mousquès 2021).

3. Stärkung der Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialwesen

Die Schweiz führt bei der Höhe der Selbstzahlungen für notwendige Gesundheitsleistungen (*out-of-pocket payments*) international. 5.8 Prozent der gesamten Haushaltsausgaben werden für Selbstzahlungen, beispielsweise für Vorsorgeuntersuchungen, Zahnpflege oder Therapiegeräte, aufgewendet (ebd.). Finanzschwache Haushalte haben in der Schweiz ungleich geringere Chancen, notwendige Gesundheitsleistungen zu beziehen. Diese Ungleichheit belegt auch die aktuelle Forschung über Verzicht auf notwendige Gesundheitsleistungen. In der Schweiz verzichten etwa 30 Prozent der Personen mit niedrigem Einkommen aus finanziellen Gründen auf notwendige Gesundheitsleistungen – bei einem Durchschnitt von etwa 13 Prozent in allen Einkommensklassen (Stringhini 2021; Wolff et al. 2011). Um Gesundheitskosten zu reduzieren, wählen viele Haushalte für die obligatorische Krankenversicherung eine hohe Franchise. Bei einer Franchise handelt es sich um den Beitrag pro Jahr, den der oder die Versicherungsnehmende bezahlt, bevor die Kostenübernahme der Versicherung greift. Eine hohe Franchise von bis zu 2500 Franken pro Jahr sowie Selbstbehalte belasten Patienten und Patientinnen mit bis zu 3200 Franken pro Jahr. Nicht kassenpflichtige Medikamente, Behandlungen und Hilfsmittel kommen gegebenenfalls noch dazu. Diese hohen Selbstkostenanteile führen dazu, dass Versicherte mit einer hohen Franchise eher auf notwendige Gesundheitsleistungen verzichten und eher Notfalldienste beanspruchen (Sandoval et al. 2021).

Die drei Prämissen zeigen exemplarisch, dass in einer starken und ganzheitlich orientierten Primärversorgung ein grosser Hebel vorhanden ist, eine «Gesundheit für alle» zu verwirklichen und gesundheitliche Ungleichheiten zu verringern. Gleichzeitig wird deutlich, dass eine Primärversorgung ohne einen Experten oder eine Expertin für soziale Anliegen nicht das gesamte Potenzial entfalten kann. Interprofessionelle Versorgungsteams sind dann am effektivsten und effizientesten, wenn eine professionelle Fachkraft die sozialen Aspekte von Gesundheit in den Blick nimmt und professionell bearbeitet. Wie eine starke Grundversorgung unter Einbezug dieser Fachleute aus der sozialen Arbeit weiter verbessert werden kann, ist Gegenstand dieses Berichts.

Der Bericht ist folgendermassen gegliedert: Im *Kapitel 2* wird eine kurze Einführung in die Soziale Arbeit in gesundheitsbezogenen Kontexten gegeben sowie ihr arbeitsethisches Selbstverständnis beschrieben. Im *Kapitel 3* werden die theoretischen Grundlagen für eine interprofessionelle Zusammenarbeit mit der Sozialen Arbeit in der Grundversorgung zusammengestellt. Zum Schluss widmet sich das *Kapitel 4* den praktischen Erfahrungen und Umsetzungsmodellen Deutschschweizer Pilotprojekte, die Soziale Arbeit direkt in der Arztpraxis oder in enger Zusammenarbeit für Arztpraxen anbieten.

2 Professionelle Soziale Arbeit

Die Soziale Arbeit versteht sich als Profession, die sowohl in der Praxis als auch in ihrer Forschung veränderungswürdige, soziale Probleme bearbeitet. Für Sozialarbeiter*innen in der Praxis steht die Arbeit mit Menschen in einer sozialen Notlage sowie die Prävention sozialer Notlagen im Fokus. Das Ziel einer sozialarbeiterischen Beratung ist die Stabilisierung und die Verbesserung der sozialen Lebensbedingungen der Klientinnen und Klienten. Sozialarbeitende verpflichten sich, ihre Klientel zu fördern und im Sinne der Hilfe zur Selbsthilfe unabhängiger werden zu lassen – auch von der Sozialen Arbeit selbst (AvenirSocial 2010).

In der Praxis agiert Soziale Arbeit überwiegend in einem Auftragsverhältnis. Dafür muss ein soziales Problem als veränderungsbedürftig und veränderungsfähig anerkannt respektive problematisiert werden. Insbesondere dann, wenn der Zugang zu oder die Teilhabe an gesellschaftlichen Leistungen eingeschränkt oder verhindert ist, erhält die Soziale Arbeit den Auftrag zur Problembearbeitung. In Koproduktion mit ihrer Klientel, methodisch fundiert und nach dem Subsidiaritätsprinzip bieten Sozialarbeitende individuelle und wirkungsvolle Hilfe an. Neben der Unterstützung und Beratung in akuten, persönlichen Krisen arbeitet die Soziale Arbeit auch präventiv. Durch frühzeitige Interventionen kann beispielsweise ein Arbeitsplatzverlust, steigende Schuldenlast oder ein Wohnungsverlust abgewendet und das Auftreten von manifestierten sozialen Krisen verhindert werden (Sidler 2004).

2.1 Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit

Seit den Anfängen ihres Wirkens am Ende des 19. Jahrhunderts ist die Soziale Arbeit eng mit gesundheitlichen Themen verbunden. Bereits zur Bekämpfung der Tuberkulose und Säuglingssterblichkeit wurde die Notwendigkeit erkannt, die medizinischen und pflegerischen Behandlungen mit psychosozialen Hilfen zu ergänzen (Reinicke 2008). Zu Beginn des 20. Jahrhunderts leistete Alice Salomon die notwendige Öffentlichkeitsarbeit, so dass in fast allen Krankenhäusern in Berlin eine Krankenhaussozialarbeit etabliert werden konnte.

Im Laufe des 20. Jahrhunderts etablierte sich der Begriff der klinischen Sozialarbeit, der gegen Ende der 60er Jahre in den professionellen Sprachgebrauch einfluss. Er prägte die Namensgebung vieler sozialarbeiterischen Berufsverbänden und wird üblicherweise der Sozialen Arbeit in stationären Settings zugeordnet. Bis heute erfolgte eine stetige Professionalisierung mit eigenen Ausbildungsgängen, Forschungssträngen, Fachzeitschriften, Lehrbüchern, Tagungen und Berufsverbänden (Pauls 2004). Auch personell sind Sozialarbeitende im Gesundheitswesen gut vertreten. Aktuelle Schätzungen zeigen, dass zwischen 20 und 25 Prozent aller Sozialarbeitenden im Gesundheitswesen tätig sind. Die stationäre Gesundheitsversorgung in Spitälern, psychiatrische Kliniken, Pflegeheimen und Rehabilitationskliniken nimmt dabei den kleineren Teil ein (Friedli 2016). Häufig sind Sozialarbeitende im ambulanten Gesundheitswesen tätig, beispielsweise in Beratungsstellen für Suchtmittelkonsum sowie übertragbaren Erkrankungen, Gesundheitsligen wie beispielsweise die Lungen- oder Krebsliga, Fachstellen für Menschen mit Behinderungen oder der Gesundheitsförderung.

Sowohl soziale wie auch gesundheitliche Probleme kommen selten allein. Viele Sozialarbeitenden innerhalb und ausserhalb des Gesundheitswesens sind mit komplexen biopsychosozialen Problemlagen konfrontiert. Gesundheitliche und soziale Probleme sind oft eng miteinander verwoben und können sich gegenseitig verstärken. Das fragile Gleichgewicht zwischen der eigenen Gesundheit, Familie, Erwerbstätigkeit, sozialer Integration und sozialer Sicherheit kann an verschiedensten Stellen ins Wanken gebracht werden. Entsprechend häufig sind Sozialarbeitende ausserhalb des Gesundheitswesens mit sozialen Problemlagen konfrontiert, welche ihre Ursache oder die Folge von gesundheitlichen Einschränkungen sind. Aus diesem Grund richten sich sowohl der deutsche Fachverband für Sozialarbeit im Gesundheitswesen (DVSG) als auch das schweizerische Pendant, der Fachverband für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (SAGES) zunehmend an Fachkräfte, die nicht explizit im Gesundheitswesen tätig sind. Die engen Begriffe der «klinischen Sozialarbeit» und der «Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen» werden derzeit vom Begriff der «Gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit» abgelöst.

2.2 Selbstverständnis der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit

Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit versteht den Menschen als ein biopsychosoziales Wesen, dessen Gesundheit oder Genesung in hohem Masse von einer intakten sozialen Lebenswelt abhängig ist. Professionelle Sozialarbeitende verstehen sich entsprechend als Dienstleister*innen, die sich gemeinsam mit der Klientel für eine bessere Passung zwischen der Person und ihrer Umwelt einsetzen. Dies unabhängig davon, ob eine Erkrankung in eine soziale Notlage oder eine soziale Veränderung zu körperlichen oder psychischen Erkrankungen geführt hat. Entscheidend für eine Stabilisierung oder Verbesserung einer kritischen Lebenssituation ist die erfolgreiche Bearbeitung von sozialen Stressoren.

Im Unterschied zur medizinischen oder psychiatrischen Behandlung nimmt gesundheitsbezogene Soziale Arbeit explizit die Möglichkeiten und Spielräume der Umwelt in den Fokus. Dies u.a. anhand der folgenden Fragen: Wie können Alltagsbelastungen reduziert werden? Welche sozialen Unterstützungsleistungen können aktiviert werden? Wie kann die Selbstverantwortung gestärkt werden? Wie können die Klientinnen und Klienten erfolgreich zu den kommunalen Hilfsangeboten übermittlelt werden? Wie kann die materielle Situation verbessert werden? Mit dem Schwerpunkt auf das soziale Umfeld fördern professionelle Sozialarbeitende den Genesungsprozess, die gesellschaftliche Teilhabe, die Inklusion in die Systeme sozialer Sicherheit und geben Orientierung und Übersicht.

Professionelle der Sozialen Arbeit gehen nach wissenschaftlich anerkannten Verfahrensschritten vor, die u. a. eine Situationsanalyse, eine Problembewertung, die Interventionsplanung und -evaluation umfassen (AvenirSocial und SAGES 2010). Weiter arbeiten Professionelle der Sozialen Arbeit nach dem Subsidiaritätsprinzip. Als Netzwerkerinnen und Netzwerker vermitteln sie Klient*innen zu denjenigen kommunalen Stellen und Dienstleistungen, die für die ganz persönlichen, sozialen Anliegen am besten geeignet sind.

3 Professionelle Soziale Arbeit in der Grundversorgung

Das Bedürfnis nach einer leistungsfähigeren und nachhaltigeren Gesundheitsversorgung ist stark gestiegen. Zudem stehen die Gesundheitssysteme zunehmend unter Druck, der gesamten Bevölkerung denselben Zugang und dieselbe Qualität an Gesundheitsleistungen zu ermöglichen und die gesundheitliche Ungleichheit nicht zu verschärfen (BAG 2018a).

In diesem Kapitel werden die theoretischen Grundlagen zusammengetragen, die für eine professionelle Soziale Arbeit in der Grundversorgung besonders relevant sind. Zunächst wird ausführlich dargestellt, in welchem Auftrag Soziale Arbeit tätig werden kann (Kapitel 3.1). Danach werden die vielfältigen Potenziale von Sozialer Arbeit zusammengestellt (Kapitel 3.2). Das Kapitel 3.3 widmet sich möglichen Formen interprofessioneller Zusammenarbeit, wobei im Kapitel 3.4 auf die intensivste Form der Zusammenarbeit, die ko-kreative Zusammenarbeit respektive die interprofessionelle Kollaboration, eingegangen wird.

3.1 Auftrag

Wie im Kapitel 2 ausgeführt, handelt Soziale Arbeit vorwiegend in einem Auftragsverhältnis. Ähnlich wie Mediziner*innen die gesundheitliche Versorgung sicherstellen, bearbeiten Sozialarbeitende veränderungsbedürftige soziale Probleme. In der Regel arbeiten Sozialarbeitende im Auftrag von Organisationen, die interdisziplinär und zielorientiert auf einen gesellschaftlichen Bedarf reagieren. Klassische Organisationen mit Sozialer Arbeit finden sich beispielsweise in der Arbeitsintegration, Sozialhilfe, Kinder- und Jugendhilfe, Familienberatung, Suchthilfe und im Gesundheitswesen.

Organisationen der Sozialen Arbeit streben immer übergeordnete, gesellschaftlich Wirkungen an. Dazu gehören u. a. die Integration in den Arbeitsmarkt, die Überbrückung finanzieller Notlagen, die Verhinderung von devianten Verhaltensweisen, die Stabilisierung in persönlichen Krisen sowie die Förderung gesellschaftlicher Teilhabe. Aus dem professionellen Selbstverständnis setzt sich die Soziale Arbeit für die Stärkung von Selbstbestimmung, Selbsthilfe, Erweiterung der Handlungsoptionen, Gerechtigkeit und der Menschenrechte ein (z. B. Benz Bartoletta et al. 2010).

Soziale Arbeit in der Grundversorgung reagiert im Wesentlichen auf die Problematisierung von sozialen Determinanten von Gesundheit. Nicht nur von sozialen Stressoren betroffene Menschen, sondern die gesamte Gesellschaft kann von ihren Interventionen profitieren. Entsprechend kann sie ihren Auftrag entweder von den Patientinnen und Patienten, der Ärzteschaft, den Kantonen, den Gemeinden oder von der eigenen Profession entgegennehmen. Diese Mandate werden im Folgenden kurz skizziert.

3.1.1 Auftrag der Patientinnen und Patienten

Soziale Arbeit in der Praxis ist weitgehend eine Unterstützung von Patientinnen und Patienten in bio-psycho-sozialen Notlagen. Liegt der Ärztin oder dem Arzt in der Sprechstunde ein rein körperliches Problem oder Anliegen vor, gibt es keine Notwendigkeit für eine soziale Unterstützung. Verschiedene Studien zeigen jedoch, dass soziale Faktoren, wie ein niedriges Einkommen, chronischer Stress durch problematische Beziehungen, Bedrohungen durch soziale Ablehnung,

Unterdrückung und soziale Stigmas sowie kritische Lebensereignisse die körperliche Gesundheit negativ beeinflussen können (Karunamuni et al. 2021). Die Forschung von nichtübertragbaren Erkrankungen (NCDs) zeigt zudem, dass die Risikofaktoren für Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs und viele psychischen Erkrankungen vielfach ausserhalb von körperlichen Ursachen, also in den sozialen Umwelt- und Lebensbedingungen der Menschen gesucht werden müssen (Frank et al. 2020; Abel und McQueen 2013). Vor diesem Hintergrund ist es nicht erstaunlich, dass interprofessionelle Teams mit Sozialarbeitenden, das Gesundheitsverhalten und die Behandlungstreue von Patientinnen und Patienten verbessern können (Fraser et al. 2018).

Auftrag: Steigerung des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens der Patientinnen und Patienten. Neben dem Wohlbefinden werden Selbstmanagementkompetenzen, Handlungsspielräume und Unabhängigkeit gefördert.

3.1.2 Auftrag der Ärzteschaft

Verschiedene Studien aus der Schweiz zeigen, dass soziale Patientenprobleme in der ärztlichen Sprechstunde kein seltenes Phänomen sind. In einer Studie von Jobst und Joos (2014) wurden soziale Problemstellungen in jeder siebten Sprechstunde beobachtet. Eine weitere Studie eines hausärztlichen Ambulatoriums in Lausanne berichtet davon, dass jede dritte Konsultation als «schwierig» eingestuft wird, wobei prekäre soziale Verhältnisse und risikovolles Verhalten wichtige Merkmale waren (Mota et al. 2019).

Sogenannt «schwierige Patientinnen und Patienten» können häufig eine Belastung für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (Kapitel 3.2.3) sein. Zeitlicher und ökonomischer Druck verstärken die Belastungen der Ärzteschaft und können in Frustration und Erschöpfung münden. Eine Entlastung der medizinischen Sprechstunde von sozialen Patientenproblemen und eine kompetente Betreuung der wohlbekanntesten sozialen Gesundheitsdeterminanten kann sich positiv auf das Wohlbefinden der Ärzt*innen auswirken. Neuere Erkenntnisse über *social prescribing* zeigen auf, dass eine Sozialberatung nicht nur die Arbeitslast der Grundversorger*innen, sondern auch den Bedarf an stationären Versorgungsstrukturen reduzieren kann (Drinkwater et al. 2019). Eine frühzeitige Entlastung von sozialen Problemstellungen bei Eintritt in das Gesundheitssystem, kann das gesamte Gesundheitssystem erheblich entlasten.

Über die persönlichen Bedürfnisse der Ärzt*innen hinaus, ermöglicht die Soziale Arbeit den Aufbau von innovativen und bevölkerungsorientierten Versorgungsmodellen, Versorgungsnetzen und sozialmedizinischen Zentren (Kapitel 3.2). Insbesondere in Quartieren oder Gemeinden mit hoher Armutsbetroffenheit oder wenig sozialen Hilfsangeboten, kann eine gemeindenahere und effiziente Versorgung von Menschen mit speziellen Bedürfnissen sichergestellt werden (z. B. für Menschen in Asylverfahren, Langzeitarbeitslose und ausgesteuerte Personen und randständige Menschen). Die Soziale Arbeit ermöglicht dabei nicht nur den Aufbau und die Pflege des sozialintegrativen Netzwerkes und eine niedrigschwellige Vermittlung der Patientinnen und Patienten, sondern auch eine erhöhte Reputation der Arztpraxis.

Auftrag: Entlastung der Ärzteschaft von sozialen Patientenproblemen. Unterstützung der Grundversorger*innen für eine gemeinwohl- und personenzentrierte Versorgung.

3.1.3 Auftrag des Gemeinwesens

In der Schweiz sind die Kantone verantwortlich für die medizinische Versorgung der Bevölkerung. Sie übernehmen die strukturelle, finanzielle und regulatorische Steuerung der Gesundheitsversorgung. Grundsätzlich gilt, dass die medizinischen Leistungen aus drei Finanzierungsquellen stammen: aus den Sozialversicherungen (primär der Kranken- und Unfallversicherung), von den Patient*innen selbst bzw. von deren privaten Versicherungen und vom Staat (Druey Just 2015).

Während die Leistungen der ersten zwei Finanzierungsquellen über individuelle Prämien gedeckt sind, hat der Staat die Möglichkeit, gemeinwirtschaftliche Leistungen zu tätigen. Spätestens seit der Einführung dieser gemeinwirtschaftlichen Leistungen (Art. 49 Abs. 3 KVG) wird eine verschärfte Unterscheidung zwischen medizinischen Finanzierungsbeiträgen und gemeinwirtschaftlichen Beiträgen (z. B. Spitalseelsorge, Palliativmedizin, Sozialdienst, Spitalschule, Dolmetschendienst und Kosten für Überkapazitäten) gefordert. Nichtsdestotrotz ermöglichen die gemeinwirtschaftlichen Leistungen (GWL), dass die Kantone «unter Wahrung der Wettbewerbsneutralität weiterhin sozial- und versorgungspolitisch motivierte Angebote» aufrechterhalten können, für die ein besonderes öffentliches Interesse besteht (Druey Just 2015, S. 15). Weiter haben die Kantone die Möglichkeit, für öffentliche Aufgaben Leistungsverträge abzuschliessen, wie beispielsweise für die Suchtberatung, Suizid-Prävention oder das Führen eines Krebsregisters (GDK 2019, S. 38).

Auch Gemeinden haben die Möglichkeit, soziale Dienstleistungen zu finanzieren. Gerade für ländliche oder periphere Gemeinden kann es sinnvoll oder notwendig sein, niederschwellig zugängliche und rasch verfügbare Soziale Arbeit in der Arztpraxis einzuführen oder zu unterstützen. Vor dem Hintergrund des zunehmenden Spardrucks auf die Sozialhilfe und der hohen Eintrittshürden verspricht eine ärztenahe Sozialberatung, soziale Problemlagen früh zu erkennen. Auch für die Gemeinden stellen Leistungsverträge mit Arztpraxen oder mit sozialen Dienstleistern eine gangbare Lösung dar. Auch eine ambulant tätige Sozialberatung des kommunalen Sozialdienstes könnte eine Möglichkeit sein, in der Arztpraxis ein niederschwelliges Angebot aufzubauen. Dafür müsste vorgängig sorgfältig geprüft werden, inwieweit das Angebot von den Patient*innen als unabhängig wahrgenommen wird.

Auftrag: Ermöglichung einer gemeindenahen und unabhängigen Anlaufstelle, Vernetzung zum kommunalen Sozialwesen und Integration in die Systeme sozialer Sicherheit.

3.1.4 Auftrag der Profession

Gesundheitliche Ungleichheit ist auch in der wohlhabenden Schweiz eine unumstrittene Tatsache. Abhängig vom sozioökonomischen Status unterscheidet sich die Lebenserwartung in der Schweiz um bis zu 4.5 Jahre. Menschen mit einem tiefen Bildungsniveau haben ein 5-fach höheres Risiko an einer starken Depression und ein doppelt so hohes Risiko an Diabetes zu erkranken (BAG 2018a). Weiter gibt es Hinweise, dass sich die gesundheitlichen Ungleichheiten mit der Corona-Pandemie verstärken. Menschen in vulnerablen Lebensverhältnissen konnten sich weniger gut vor dem Virus schützen und hatten weniger Möglichkeiten, auf die veränderten Lebensbedingungen zu reagieren (Riou et al. 2021; Martínez et al. 2021; Takian et al. 2020).

Neuere Forschungsergebnisse zeigen, dass gesellschaftliche Ungleichheiten zu einem wesentlichen Teil durch Zugangsbarrieren erklärt werden können. Studien aus der Schweiz zeigen, dass fast jede dritte Person mit tiefem Einkommen aus finanziellen Gründen auf notwendige Gesundheitsleistungen verzichtet (Stringhini 2021; Wolff et al. 2011). Dieser Verzicht führt wegen Verschleppung von Behandlungen zu einem erhöhten Risiko für Spitalbesuche, seltener gesundheitlicher Vorsorge (z. B. Checkups, Zahnarzt- oder Frauenarztbesuche) und in der Summe häufig zu einem Verlust an Gesundheit und Lebensqualität.

Die Nichtbezugsforschung zeigt auch eine hohe Rate an nichtbezogenen Sozialleistungen. Im Kanton Basel-Stadt beispielsweise beziehen 19 Prozent der anspruchsberechtigten Familien keine Prämienverbilligung. 23 Prozent beziehen keine Familienmietzinsbeiträge, obwohl sie darauf Anspruch hätten (Hümbelin et al. 2021). Die Studienautoren nehmen insbesondere die Politik in die Pflicht, diese Zugangshürden rasch zu schliessen. Nicht nur müssen die betroffenen Personen automatisiert benachrichtigt werden, sondern auch die notwendige Unterstützung für die Antragsstellung zur Verfügung stehen. Soziale Arbeit in der Arztpraxis hat das Potenzial, die Nichtbezugsrate zu reduzieren.

Auftrag: Ermöglichung von sozialer und gesundheitlicher Chancengerechtigkeit respektive von gleichen Chancen auf ein Leben in Gesundheit.

3.2 Potenzial

Auf das Potenzial einer starken Grundversorgung mit Sozialer Arbeit wird in verschiedenen Berichten, Artikel und Stellungnahmen hingewiesen. In der Schweiz stechen zwei Berichte der kantonalen Gesundheitsdirektoren (GDK) prominent heraus. In einem ersten Bericht aus dem Jahr 2012 weist die Gesundheitsdirektorenkonferenz auf die Notwendigkeit für «neue Versorgungsmodelle» in der Grundversorgung hin (GDK und BAG 2012). Darin wird gefordert, dass die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen verbessert, die Attraktivität der Berufe erhöht, der Ressourceneinsatz optimiert, Prävention gestärkt und die Qualität gesteigert werden muss. Die Bedeutung sozialer Dimensionen von Gesundheit bleibt in diesem Bericht noch weitgehend ausser vor.

Sieben Jahre später wird bereits in der Einleitung auf die Notwendigkeit von sozialer Unterstützung hingewiesen, insbesondere vor dem Hintergrund zunehmender Komplexität, Multimorbidität und Chronifizierung der Krankheitsbilder (GDK 2019). Im Bericht werden insbesondere die Kantone aufgefordert, eine bessere Koordination zwischen dem Gesundheits- und Sozialwesen zu ermöglichen. Dies soll u. a. durch die folgenden Massnahmen geschehen (vgl. GDK 2019):

- Beteiligung an Versorgungsnetzen und sozialmedizinischen Zentren durch Gemeinwirtschaftliche Leistungen
- Leistungsaufträge und -verträge mit geeigneten Organisationen für die integrierte Betreuung von Personengruppen mit speziellen Bedürfnissen (z. B. Menschen in Asylverfahren, langzeitarbeitslose und ausgesteuerte Menschen, randständige Menschen)
- Förderung von innovativen, regionalen und bevölkerungsorientierten Versorgungsmodellen mit Informations-, Beratungs- und Triage-Stellen

- Entwicklung einer gesundheitspolitischen Gesamtplanung
- Vernetzung und Koordination zwischen Gesundheit und Sozialem sowie deren Verankerung in den kantonalen Rechtsgrundlagen
- Quantitative und/oder qualitative Erhebungen über die Bereitschaft der Versorgungspartner zur verbindlichen Zusammenarbeit

Auf der einen Seite zeigen die ausgewählten Massnahmen, wie eine gelingende Kooperation zwischen dem Sozial- und Gesundheitswesen auf kantonaler Ebene verankert, finanziert und gesteuert werden könnte. Auf der anderen Seite offenbaren die ausgewählten Massnahmen aber auch den politischen Willen, der für die Versorgungsplanung, die konkrete Finanzierung und bis hin zur effektiven Steuerung notwendig ist. Wenn die geforderte integrierte Versorgung in der Praxis umgesetzt werden muss, erweist sich Interprofessionalität und Kollaboration unter Einbezug der Sozialen Arbeit als erfolgsversprechend.

3.2.1 Fachkräftemangel

Der Anteil aller Ärztinnen und Ärzte über 54 Jahre hat sich seit der Jahrtausendwende in der Schweiz verdoppelt und liegt aktuell bei rund 37 Prozent (OECD 2021). Aufgrund der absehbaren Pensionierungen dürfte sich die Nachfrage nach Grundversorger*innen zukünftig verschärfen. Damit eine hohe Qualität der Leistungserbringung sowie die Attraktivität von Grundversorgerpraxen erhalten bleibt, kann «Task Shifting» an Bedeutung gewinnen. Dabei wird die Durchführung von Aufgaben (Delegation) oder auch die Gesamtverantwortung auf eine andere Profession übertragen. Ein Vorteil von Task Shifting ist, dass die Patient*innen die für ihre Anliegen am besten qualifizierte Person erhalten und damit bestmöglich versorgt werden. Andererseits kann sich die ursprünglich verantwortliche Profession wieder besser auf ihre Kernkompetenzen fokussieren. Bezüglich der Effizienz sind zusätzliche Koordinationskosten zu erwarten. Längerfristig hingegen sind mit Kosteneinsparungen zu rechnen (Schmelzer et al. 2020).

3.2.2 Bekämpfung von Einsamkeit

Einsamkeit und soziale Isolation haben negative Effekte auf die psychische und körperliche Gesundheit. Neben kognitiver Degeneration und Depression werden auch Bluthochdruck und Herz-Kreislaufkrankungen mit Einsamkeit in Verbindung gebracht. Der Einfluss von schwachen sozialen Beziehungen auf die Sterblichkeit ist vergleichbar mit Rauchen und übersteigt andere bekannten Risikofaktoren wie Übergewicht und physische Inaktivität (Holt-Lunstad et al. 2010).

Damit Einsamkeit effektiv bekämpft werden kann, werden regional verankerte Fachkräfte des Gesundheits- und Sozialwesens, Sozialarbeitende, Nichtregierungsorganisationen, Angehörige und Programme für Partizipation und Networking benötigt. Sozialarbeitende in der Grundversorgung verfügen über ein grosses Potenzial, zusammen mit der Ärzteschaft Personen mit erhöhtem Risiko für Einsamkeit zu erkennen. Sozialarbeitende können bei einem Bedarf als *link workers* zu sozialen Aktivitäten in der Region vermitteln und dadurch auch die Anzahl Arztbesuche senken (Liu und Mantwill 2021).

3.2.3 Burnout-Risiko

Spätestens seit der Einführung von TARMED hat sich das Berufsbild der medizinischen Grundversorgung grundlegend verändert. Jede Einzelleistung wird nach einem betriebswirtschaftlich festgelegten Stundentarif verrechnet und dem Unternehmen «Arztpraxis» vergütet. Unternehmerischer Druck, Nichtabrechenbarkeit von Koordinationsarbeit und wenig Zeit für Beziehungsaufbau, psychosoziale Anamnese, motivierende Gesprächsführung, gemeinsame Entscheidungsfindung oder die Förderung von Gesundheitskompetenz ist vielfach frustrierend. Fehlende Praxisnachfolgen, Fachkräftemangel und Burnout sind die Folgen (Braun et al. 2007; Zanoni und Berchtold 2018).

Die tägliche Arbeit der Ärztinnen und Ärzte ist nicht selten geprägt vom Gedanken an die Verrechenbarkeit und die Amortisation der Praxis (Laer 2017). Die betriebswirtschaftliche Abrechnung nach Leistungstarifen wird erschwert durch die komplexen Bedürfnisse sogenannt «schwierigen» Patientinnen und Patienten mit biopsychosozialen Krankheitsbildern. Sie leiden typischerweise an Komorbidität, psychologischer Komorbidität, verhalten sich gesundheitlich risikoreich und leben in sozial prekären Situationen (s. Kapitel 4.1).

3.2.4 Interprofessionalität

Auch der Bund erkennt, dass der grösste Teil der Gesundheitskosten durch eine Gruppe mit unterschiedlichen und aufwändigen gesundheitlichen Problemen verursacht wird (hochbetagte Menschen, chronisch und psychisch kranke Menschen sowie Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger). Mittels des nationalen Projekts «Koordinierte Versorgung» sollen bestehende Aktivitäten gestärkt und die Rahmenbedingungen für die koordinierte Versorgung verbessert werden. Nichtsdestotrotz bleibt die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung sowie für Innovationen in diesem Bereich bei den Kantonen, Gemeinden, Ärztenetzwerken und Arztpraxen (Zanoni und Berchtold 2018).

Während durchwegs innovative Versorgungsmodelle entstehen, fokussieren diese zumeist auf das medizinische und psychiatrische Versorgungsnetz. Soziale Beratungsangebote beschränken sich auf Spitäler oder Gesundheitsligen und sind für viele Patientinnen und Patienten nicht erreichbar. Gerade in der ambulanten Versorgung fehlt weitgehend noch die systemische Sichtweise, zu der eine intelligente Steuerung des Helfersystems gehört. Soziale Arbeit in der Arztpraxis hat das Potenzial, mit Fallführungen und Casemanagement die interprofessionellen Rollen zu klären und deren Zusammenarbeit zu verbessern.

3.2.5 Prävention und Früherkennung

Soziale Arbeit in der Grundversorgung hat das Potenzial, sozial und gesundheitlich prekäre Lebenssituationen frühzeitig zu erkennen. Durch die enge Zusammenarbeit zwischen Hausarzt und Sozialarbeitenden können Zugangsbarrieren sowohl zum Gesundheits- als auch zum Sozialwesen abgebaut werden. Beispielsweise kann die Finanzierung von Hilfsmitteln oder Therapien ermöglicht werden, es können Sozialversicherungsleistungen geltend gemacht werden oder den Gang zu kommunalen Fachstellen erleichtert werden. Insbesondere dort, wo die herkömmlichen Systeme des Sozialstaates hohe Zugangshürden aufweisen, können Sozialarbeitende vermitteln und

sozial-gesundheitliche Abwärtsspiralen verhindern. Diese Früherkennungsmassnahmen führen letztendlich zu einem besseren Gesundheitsverhalten, einem erhöhten Wohlbefinden und einer Verbesserung der Gesundheitskompetenz und des Selbstmanagements (McGregor et al. 2018; Fraser et al. 2018; Grieb et al. 2019). Über die zeitlich befristeten Sozialberatungen von stationären Einrichtungen ermöglicht die Sozialberatung in der Arztpraxis auch längerfristige Begleitungen. Dieser Rückhalt einer unabhängigen Expert*in für soziale Anliegen gibt den Patient*innen Sicherheit und erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass frühzeitig Hilfe in Anspruch genommen wird.

3.2.6 Adhärenz

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass interprofessionelle Grundversorgerteams mit Sozialarbeitenden sowohl das Gesundheitsverhalten als auch Gesundheitsergebnisse verbessern kann (Fraser et al. 2018; McGregor et al. 2018). Werden Patientinnen und Patienten von sozialen Sorgen entlastet, können mehr Ressourcen für die Gesundheit aufgewendet werden. Neben der Entlastung von sozialen Problemen können Sozialarbeitende auch für die Koordination und Umsetzung von anspruchsvollen Behandlungsplänen eingesetzt werden. Als Case Manager können Sozialarbeitende durch das Gesundheitswesen lotsen und das bestehende Netzwerk aktivieren.

Gerade dann, wenn Ärztinnen und Ärzte mit sogenannt «schwierigen Patient*innen» konfrontiert sind, die wiederholt in der Praxis erscheinen und nur wenig Behandlungsfortschritte ausweisen können, kann eine umfassende soziale Anamnese eines Sozialarbeitenden wichtige Erkenntnisse liefern, damit Behandlungstreue und Behandlungserfolg gesteigert werden kann.

3.2.7 Soziale und gesundheitliche Ungleichheit

Die Gesundheitssysteme stehen zunehmend unter Druck, der gesamten Bevölkerung denselben Zugang und dieselbe Qualität an Gesundheitsleistungen zu ermöglichen. Auch Länder mit hohem Einkommen sind nicht von hohen gesundheitlichen Ungleichheiten verschont und müssen sich zunehmend mit den ungleich verteilten Folgen von Bewegungsmangel, Suchtmittelkonsum, Übergewicht, Diabetes und psychischen Erkrankungen auseinandersetzen (Saam 2021; Kündig et al. 2019).

Wie im Kapitel 1 erwähnt, kann eine starke und gut vernetzte Grundversorgung die Hürden zu den Systemen des Gesundheits- und Sozialwesens abbauen. Diese Hürden sind auch in der Schweiz zahlreich vorhanden, wie beispielsweise die Nichtbezugsquoten von Sozial- und Gesundheitsleistungen zeigen. Soziale Arbeit als diejenige Profession für die Inklusion in die Systeme der sozialen Sicherheit und für die Integration in die gesellschaftliche Teilsysteme hat das Potenzial, gerade den marginalisierten und vulnerablen Bevölkerungsgruppen eine niedrigschwellige Hilfe anzubieten. Die Praxen der Grundversorgung können als Orte des Vertrauens genutzt werden, um insbesondere Menschen mit negativen Erfahrungen mit Behörden und Ämtern ein neutrales Angebot zu machen.

3.2.8 Zusammenfassung

In diesem Kapitel wird die Soziale Arbeit in der Arztpraxis als fehlendes Puzzleteil der integrierten, interprofessionellen und präventionsorientierten ambulanten Gesundheitsversorgung dargestellt. Wie in der Abbildung 1 ersichtlich, kann sie als Antwort auf Fachkräftemangel, Einsamkeit, Burnout Risiko, Interprofessionalität, Prävention, Adhärenz, soziale und gesundheitliche Ungleichheit gesehen werden.

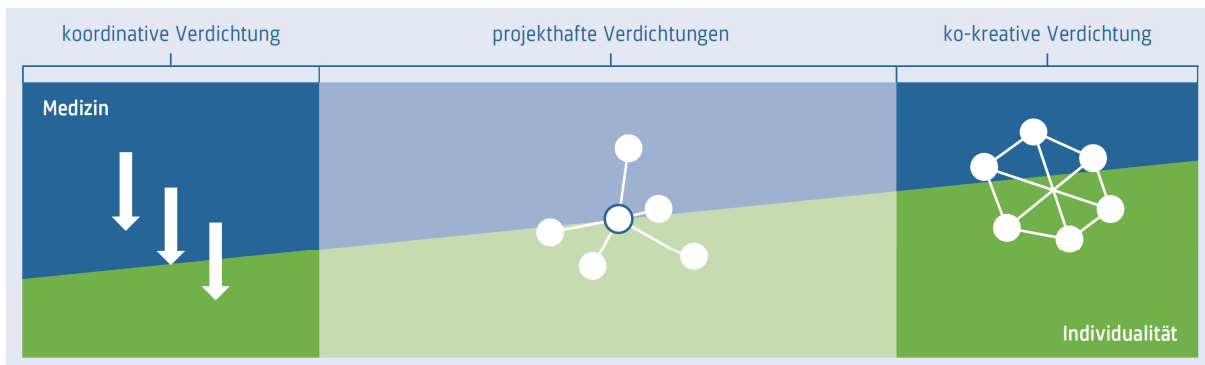
Abbildung 1: Soziale Arbeit als fehlendes Puzzleteil



3.3 Formen der Zusammenarbeit

Interprofessionalität erscheint als ein wichtiger Baustein zu Effizienz, Qualität, Arbeitsplatz- und Patientenzufriedenheit im Gesundheitswesen. Sie ist aber nicht ganz einfach umzusetzen und kann verschiedene Formen annehmen. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) beschreibt eine koordinative, eine ko-kreative und eine projekthafte Zusammenarbeit (Abbildung 2).

Abbildung 2: Formen interprofessioneller Zusammenarbeit



Anmerkung: Die Weiterverwendung der Grafik wurde von der SAMW genehmigt (vgl. SAMW 2017)

Die SAMW (2020b) betont, dass sich insbesondere bei chronischen, psychologisch-sozialen Problemlagen eine ko-kreative interprofessionelle Zusammenarbeit (auch interprofessionelle Kollaboration genannt) aufdrängt. Im Unterschied zur Notfallmedizin ist diese für Settings geeignet, in denen mehr Zeit verfügbar ist, um sich den psychosozialen Faktoren wie Verhaltensweisen, Selbstsorge und dem sozialen Umfeld zu widmen. Vom Bund portraitierte Versorgungsmodelle zeigen, dass die interprofessionelle Kollaboration beispielsweise in der Suchthilfe, in der Familientherapie, in der Betreuung von Frühgeburten oder im Pflegemanagement besonders gewinnbringend ist. In all diesen vorgestellten Projekten gehören Sozialarbeitende zum interprofessionellen Versorgungsteam (BAG 2018b).

3.3.1 Koordinative Zusammenarbeit

Die koordinative Zusammenarbeit wird auch als die «Default-Position» oder den «Normalfall» beschrieben. Dabei arbeiten die beteiligten Professionen eher neben- als miteinander. Die beteiligten Professionen folgen in der Regel der medizinischen Logik, wobei es keiner besonderen Abstimmungsbemühungen bedarf. Diese Form von Zusammenarbeit ist weitgehend vorstrukturiert und ermöglicht nur ein geringes Mass an individueller Berufsausübung. In der Folge entstehen häufiger Kommunikationsprobleme, Fehler und höhere Kosten (SAMW 2020b, 2017; Poimann 2019).

3.3.2 Ko-kreative Zusammenarbeit

In komplexen gesundheitlichen Situationen hingegen gerät das koordinierte Nebeneinander unter Druck. Wenn Multimorbidität und komplexe psychosoziale Patientenliegen quer zu den professionellen Kategorien und Fähigkeiten verlaufen, wird Know-how benötigt, das eine situative und individualisierte Vorgehensweisen und Betreuung erlaubt. In diesen Situationen können die Professionen nicht anders, als gemeinsam und zusammen mit den Patientinnen oder Patienten nach Lösungen zu suchen. Diese Form von Zusammenarbeit erlaubt keine Dominanz einer

einzigsten Profession, sondern muss in einer ko-kreativen Zusammenarbeit ablaufen. Diese Zusammenarbeit ist geprägt durch flache Hierarchien, Mitspracherecht, gemeinsame Fallbesprechungen und unterschiedliche Fallführungen. Diese Form wird im Folgenden als interprofessionelle Kollaboration bezeichnet (Kapitel 3.4).

3.3.3 Projekthafte Zusammenarbeit

Eine weitere Form stellt die *projekthafte Zusammenarbeit* dar, die eher punktueller oder temporärer Natur ist. Von der SAMW (2017) wird hierfür das Beispiel der Grundversorgung genannt. Strukturelle und situative Zwänge erschweren hier den Aufbau einer ko-kreativen Zusammenarbeit. Vielmehr wird bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten die lose Zusammenarbeit mit Fachkolleginnen und -kollegen sowie Konsiliardiensten gesucht, um «die einzelnen Beteiligten nicht zu stark zu belasten» (SAMW 2017, S. 42). Grundsätzlich ist es gerade für Einzelpraxen schwierig, über eine koordinierte Zusammenarbeit hinauszuwachsen, während es für interdisziplinäre Gemeinschaftspraxen eher möglich ist, sich in Richtung einer ko-kreativen Kollaboration zu bewegen.

3.4 Kollaborative Zusammenarbeit

Die Fachkräfte der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit verstehen sich immer als Teil einer interprofessionellen Gesundheitsversorgung. Auch ausserhalb des Gesundheitswesens kann die Soziale Arbeit auf interprofessionelle Erfahrungen zurückgreifen. Beispiele hierfür sind die Soziale Arbeit in Schulen, in Gefängnissen, in Jugendanwaltschaften oder im Kindes- und Erwachsenenschutz. In vielen dieser Arbeitsfelder muss sie mit «eher dominanteren» Professionen zusammenarbeiten. Damit sich die Soziale Arbeit in der interprofessionellen Kollaboration entfalten und für die interprofessionellen Teams maximal gewinnbringend ist, sind nach Bronstein (2003) fünf verschiedene Faktoren entscheidend:

- 1) Gemeinsame Ziele
- 2) Interdependenz
- 3) Neue Aktivitäten
- 4) Flexibilität
- 5) Reflexion

Für die interprofessionelle Kollaboration sind verschiedene Faktoren erfolgsrelevant. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit werden in diesem Kapitel mehrere Themen vorgestellt, welche sich sowohl in der Literatur als auch aus den Erfahrungen der Praxis für besonders bedeutsam erwiesen haben. Andererseits wird in der Umsetzung von Sozialer Arbeit in der Arztpraxis festgestellt, dass eine interprofessionelle Kollaboration auch auf Kosten der Zeit für Patientengespräche geht. Vor diesem Hintergrund müssen die folgenden Themen eher als Orientierungsrahmen betrachtet werden und weniger als Musskriterien für eine erfolgreiche Zusammenarbeit.

3.4.1 Gemeinsame Ziele

Ein wichtiger Faktor dafür, dass gegenseitige Vorbehalte abgebaut und Brücken zwischen den unterschiedlichen Disziplinen geschlagen werden können, sind gemeinsam festgelegte Ziele. Eine disziplinenübergreifende, kollektive Verantwortung für festgelegte Ziele wird in der Literatur als Schlüsselmoment identifiziert (Bronstein 2003). Gemeinsam verantwortete Ziele zeichnen sich dadurch aus, dass sie gerade nicht erreicht werden können, wenn jede individuelle Profession für sich allein handeln würde. Weiter führen gemeinsame Ziele dazu, dass sich die einzelnen Professionen als wichtige Teammitglieder zur Verwirklichung des vergemeinschafteten Ziels verstehen.

Gemeinsame Ziele müssen klar definiert, erreichbar und messbar sein sowie einer gemeinsamen Vision entstammen. Die Vision wiederum kann aus einem gemeinsamen Problemverständnis heraus entstehen, das sich in einem bestimmten Bedarf oder einem Patientenbedürfnis widerspiegelt. Mögliche Ziele für eine Zusammenarbeit mit der Sozialen Arbeit können u.a. sein:

- Ermöglichung einer patienten-orientierten, integrierten Versorgung
- Erhöhung der Patientenzufriedenheit
- Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Patient*innen
- Erhöhung der Mitarbeiterzufriedenheit (durch Entlastung bei sozialen Patientenangelegenheiten)
- Erhöhte Effizienz durch eine verbesserte Kompetenzenverteilung
- Bessere Vernetzung der Patientinnen und Patienten mit dem kommunalen Leistungsangebot

3.4.2 Interdependenz und Rollenklärung

Eine interprofessionelle Kultur betont die gegenseitige Abhängigkeit der professionellen Rollen. Dabei besteht ein klares Verständnis über die Unterschiede der eigenen Rollen und Aufgaben und derjenigen der kollaborierenden Professionen. Einerseits ermöglicht das medizinische Personal den Sozialarbeitenden ein Verständnis über die medizinischen Bedürfnisse und therapeutischen Notwendigkeiten einer Patientin oder eines Patienten zu erlangen. Andererseits bietet die Soziale Arbeit dem medizinischen Personal, den Blick verstärkt auf die sozialen Ursachen oder Folgen von Krankheit, Behandlung und Therapie zu richten und diese professionell zu bearbeiten.

Interprofessionalität ist den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten sowie ihrer Angehörigen verpflichtet. Dabei orientieren sich die Fachkräfte an den benötigten Kompetenzen (SAMW 2020a). Damit diese Kompetenzen gefördert und ausgeschöpft werden können, muss die gegenseitige Abhängigkeit gewünscht und geschätzt werden. Eine solche interprofessionelle Kultur zeichnet sich durch folgende Merkmale aus (vgl. Bronstein 2003):

- Solide professionelle Identitäten
- Respekt für die Urteile und Begründungen der anderen Professionen
- Fähigkeit zur eigenständigen Arbeit in gegenseitiger Abhängigkeit

- Effiziente formelle und informelle Kommunikation
- Kompromissfähigkeit im Falle von Meinungsverschiedenheit
- Raum für Kreativität
- Flexibilität in Bezug auf die eigenen Rollenvorstellungen
- Gemeinsame Zeit

3.4.3 Neue Aktivitäten

Gemeinsame Zeit und Raum für Kreativität können nur durch neu geschaffene, gemeinsame Aktivitäten erreicht werden. Gerade auch in komplexen klinischen Situationen ist ein zusätzlicher Aufwand fast unumgänglich. Gemeinsame Aktivitäten und Prozesse, die mehrere Professionen betreffen, müssen sorgfältig geplant und durchgeführt werden. Wenn interprofessionelle, gemeinsame Fallbesprechungen und Entscheide möglich werden sollen, müssen diese mit den notwendigen Ressourcen ausgestattet werden (SAMW 2020a). Neben runden Tischen, Fallbesprechungen und gemeinsame Rapport und Evaluationen können auch regelmässige Wissensaustausche zu wiederkehrenden oder zeitintensiven Themen geplant werden.

3.4.4 Flexibilität

Viele Ärztinnen und Ärzte identifizieren einen Bedarf für die Sozialberatung in der Grundversorgung. Sowohl die Patientinnen und Patienten als auch das medizinische Personal kann durch eine bessere Versorgung profitieren (Keefe et al. 2009). Keefe et al. (2009, S. 590) weisen jedoch auch auf Herausforderungen hin. Diese Herausforderungen werden insbesondere im hektischen Praxisalltag sichtbar. Ärztinnen und Ärzte äussern des Öfteren die Befürchtung, dass die Sozialberatung Zeit beansprucht, welche eigentlich für medizinische Tätigkeiten vorgesehen ist. Dabei würden Arbeitsprozesse unterbrochen und zusätzlicher Aufwand für die Praxisbeschäftigten generiert. (Keefe et al. 2009, S. 590).

Um Ängste und Befürchtungen ab- und das gegenseitige Vertrauen aufzubauen, müsse nach Keefe et al. (2009) ein gemeinsamer Arbeitsalltag organisiert werden. Wie und ob ein gemeinsamer Alltag gestaltet werden muss, sind sich die befragten Ärzt*innen nicht einig. Einige wünschen sich, dass Sozialarbeitende in der Praxis sichtbar und erreichbar sein sollten. Dadurch können sie ihren Nutzen für die Patientinnen und Patienten jederzeit aufzeigen. Andere befragten Ärzt*innen kommen zum Schluss, dass eine volle Erreichbarkeit durch ein Vollzeitpensum wichtiger sei als die Sichtbarkeit im Praxisalltag (Keefe et al. 2009, S. 592).

Abhängig von persönlichen Präferenzen und Bedürfnissen ist von einzelnen Professionellen ein hohes Mass an Flexibilität notwendig. Sich rasch ändernde Umstände fordern von den Fachkräften Kompromissbereitschaft und Adaptivität. Die Erfahrungen der schweizerischen Pilotprojekte zeigen, dass die Soziale Arbeit nicht zwingend in der Praxis selbst anwesend sein muss, sondern als externe Sozialberatung erfolgreich sein kann (Kapitel 4.2.3).

3.4.5 Reflexion

Eine erfolgreiche interprofessionelle Kollaboration ist eine zarte Pflanze. Sie muss regelmässig gepflegt und genährt werden. Damit der Samen spriessen und wachsen kann, ist eine regelmässige Reflexion der gemeinsamen Ziele unabdingbar. Praxisleitende, die sich zur interprofessionellen Kollaboration verpflichten, verpflichten sich auch zur kontinuierlichen Evaluation und Weiterentwicklung der gemeinsamen Ziele. Sie verstehen die kontinuierliche Qualitätsentwicklung nicht als Bürde, sondern als Motivation für alle Teammitglieder, eine gute Leistung zu erbringen. Die Praxis wird zur lernenden Organisation.

Für eine kontinuierliche Qualitätsentwicklung müssen sowohl die Strukturen, die Prozesse und die Ergebnisse in den Blick genommen werden. Diese drei Qualitätsdimensionen können ohne Anspruch auf Vollständigkeit folgendermassen auf das Gesundheitswesen übersetzt werden (Schneider et al. 2011):

Strukturqualität

- Materielle Infrastruktur: Ausrüstung, Geräte, Informationstechnologie, etc.
- Personelle Ressourcen: Anzahl Mitarbeiter*innen, Aus- und Weiterbildungen
- Organisation: Stabilität und Flexibilität der Strukturen
- Bewusstsein für Qualitätssicherung und -entwicklung
- Kooperationen: z. B. mit einer externen Sozialberatung (Kapitel 4.2)

Prozessqualität

- Kernprozesse: Überweisung, Terminvereinbarung, Kommunikation und Rückmeldung (zwischen der/dem Sozialarbeiter*in und dem medizinischen Personal)
- Supportprozesse: Material- und Gebäudebewirtschaftung
- Führungsprozesse: Strategische und operative Führung, Controlling, Evaluation und Qualitätsentwicklung

Ergebnisqualität

- Wirkung auf die Patient*innen: z. B. Gesundheitszustand, Zufriedenheit, Wohlbefinden, Verhalten
- Wirkung auf die Mitarbeitenden: z. B. Arbeitszufriedenheit, Wohlbefinden, Gesundheit
- Wirkung auf die kommunale Versorgung: z. B. Zufriedenheit der Stakeholder, Erreichbarkeit, Zugang für vulnerable Bevölkerungsgruppen

Für die Einführung und Umsetzung von Massnahmen zur Qualitätsentwicklung braucht es die Verpflichtung der Praxisleitung sowie die notwendigen Ressourcen und Hilfsmittel. Weil generische Qualitätsnormen und -zertifikate wie beispielsweise ISO:9001 und EFQM mit einem eher sperrigen Fachjargon schwierig auf eine Arztpraxis zu übersetzen sind, eignen sich fachliche Qualitätsinstrumente wie QBM² oder EQUAM³. Des Weiteren würden sich PROMS (*patient-reported outcome measures*) und PREMS (*patient-reported experience measures*) sehr gut für die Erfassung der Ergebnisqualität eignen. Ein fachlicher Qualitätsstandard für eine interprofessionelle Kollaboration in der ambulanten Arztpraxis, welche über ein allgemeines Bekenntnis hinausgeht, wie beispielsweise die «Charta 2.0 Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen» der (SAMW 2020a), ist derzeit nicht bekannt.

3.5 Ein Blick über die Grenze

International gibt es bereits eine Vielzahl an Best-Practice-Beispielen für eine integrierte Versorgung mit Sozialer Arbeit (Keller und Ackermann 2019). Jedoch besteht derzeit auch in den USA, wo die Soziale Arbeit in der klinischen Versorgung stark verbreitet ist, nur wenig Klarheit über die Rolle der Sozialen Arbeit in der hausärztlichen Grundversorgung. Eine US-amerikanische Befragung beispielsweise zeigt auf, dass Soziale Arbeit in der Grundversorgung ein grosses Potenzial hat, die Rolle der Sozialen Arbeit in interdisziplinären Teams aber noch geklärt werden muss (Keefe et al. 2009). Ähnlich kommen Erler et al. (2010) für Deutschland zum Schluss, dass es für den Aufbau von integrierten «Primärversorgungspraxen» die nötigen Qualifikationen für deren Entwicklung und Führung sowie entsprechende Fortbildungen braucht.

Über die einschlägige Literatur lässt sich zusammenfassend festhalten, dass der Implementierungsgrad von Sozialer Arbeit in der Arztpraxis mit dem Grad der interprofessionellen Kollaboration in Verbindung steht (Kapitel 3.3). Die Bandbreite der Zusammenarbeit reicht daher von eher oberflächlichen, krankheitsorientierten Zusammenarbeitsformen hin zu bevölkerungsorientierten Gesundheitszentren wie Patient-centred Medical Homes (PCMH, USA) oder Local Health Hubs (LHH, Kanada). Vielen Gesundheitszentren gemeinsam sind ihre kommunale Verankerung, das Gatekeeper-Prinzip für Facharztbesuche und Hospitalisierungen, die gemeinsame Patientenakte und die multiprofessionelle Ausrichtung teilweise mit Sozialarbeit (Keller und Ackermann 2019).

Das Modell der «Primary Care Social Work» aus Irland, Neuseeland oder Berlin⁴ zeigt eine weniger starke Abhängigkeit von bestehenden Gesundheitszentren. In diesem Modell erhält die Soziale Arbeit einen unkomplizierten Zugang in die hausärztliche Praxis. Die Ziele des Modells sind eine gestärkte Versorgung, eine bessere Koordination der Versorgung, ein erweitertes Fachwissen, eine erhöhte Patientensicherheit und letztlich eine gelingende Unterstützung bei sozialen und psychosozialen Patientenangelegenheiten (Ní Raghallaigh et al. 2013; Döbl et al. 2015; Keller und Ackermann 2019).

² <https://www.qbm-stiftung.ch/>

³ <https://www.equam.ch/>

⁴ Siehe Verein «Soziale Gesundheit»: <https://www.sozialegesundheit.de/> [Zugriff: 14.01.2021]

Die international bekannten, unterschiedlichen Modelle der Sozialen Arbeit in der Arztpraxis können einfach auf die bekannten Angebote in der Schweiz übertragen werden. Einzig eine Anpassung der Begrifflichkeiten an den deutschsprachigen Diskurs der professionellen Sozialen Arbeit sowie an die nationalen Gegebenheiten des Gesundheitssystems ist notwendig.

4 Umsetzung in der Schweiz

Soziale Arbeit in der Grundversorgung ist ein wichtiges Puzzleteil für eine integrierten, interprofessionellen und präventionsorientierten Gesundheitsversorgung. Sie bietet neben den Hausärztinnen und Hausärzten die grosse Chance, zu einem effektiven «*access point*» für das Gesundheits- und Sozialwesen zu werden. Der Sozialarbeiter und Experte für integrierte Versorgung, Robin Miller, sieht im Tandem aus Hausärzt*innen und Sozialarbeitenden ein zentrales Merkmal einer funktionierenden Grundversorgung:

*Sozialarbeiter*innen und Allgemeinmediziner*innen sind die Eintrittsstellen und federführende Koordinator*innen für öffentlich finanzierte Gesundheits- und Sozialfürsorgedienste. Das Ausmass, in dem sie zusammenarbeiten können, ist daher ein wichtiges Element für Menschen in der integrierten Versorgung. (Miller 2019, S. 164, Übersetzung d. A.)*

Das Zitat zeigt, dass das Potenzial der Sozialen Arbeit in der Arztpraxis darin liegt, das schon bestehende Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient für den Abbau von Zugangsbarrieren zum Sozialwesen zu nutzen. Wie dieses Potenzial in der Praxis umgesetzt werden kann, wird in diesem Kapitel vorgestellt. Zunächst muss vor einer Umsetzung gefragt werden, von welcher Seite her ein Bedarf für Sozialer Arbeit in der Arztpraxis vorhanden ist (Kapitel 4.1). Im folgenden Kapitel 4.2 wird aufgezeigt, wie die Soziale Arbeit in der Grundversorgung umgesetzt werden kann und tatsächlich auch umgesetzt wird. In den Kapiteln 4.3 und 4.4 wird auf das Leistungsangebot und idealtypische Rollen von Sozialarbeitenden in der interprofessionellen Zusammenarbeit eingegangen. Im Kapitel 4.5 werden die in der Schweiz gelebten Finanzierungsformen vorgestellt und danach auf verschiedene Aspekte der Einführung und des Betriebs von Sozialer Arbeit in der Arztpraxis eingegangen. Das Kapitel wird mit möglichen Risiken in der Umsetzung abgeschlossen (Kapitel 4.7).

4.1 Bedarf

Der Bedarf an Sozialer Arbeit in der Arztpraxis entsteht durch veränderte Patientenbedürfnisse und durch den steigenden Druck auf die medizinischen Versorgungssysteme. Die Zunahme an chronischen und multimorbiden Erkrankungen, der demographische Wandel sowie regionale Knappheiten an Hausärztinnen und Hausärzte zwingen das Gesundheitswesen zu strukturellen Anpassungen. Damit sowohl die sozialen Ursachen von Krankheit als auch die sozialen Folgen von Krankheit früher und gezielter adressiert werden können, muss das Gesundheitswesen verstärkt mit Expertinnen und Experten für soziale Probleme zusammenarbeiten (Kapitel 1). Wie im Folgenden beschrieben wird, kann der Bedarf nicht nur von den Patientinnen und Patienten, sondern auch von der Ärzteschaft oder der Gemeinde aus entstehen.

4.1.1 Bedarf aus Sicht der Patientinnen und Patienten

Nicht zuletzt, weil Themen wie beispielsweise Arbeitslosigkeit, finanzielle Probleme oder Einsamkeit oft schambesetzt oder stigmatisierend sind, werden Ärztinnen und Ärzte oft zu den ersten Ansprechpersonen bei sozialen Problemen. Aufgrund ihrer Niedrigschwelligkeit und ihrer Breite der Zuständigkeit sind in der Arztpraxis «Frühformen von Störungen und Krankheiten auch ausserhalb von Früherkennungsprogrammen (...) erkennbar» (Abholz 2012). Ärztinnen und Ärzte der Grundversorgung verfügen über die Chance, erste Anzeichen von sozialen oder psychosozialen Problemlagen schon in einer frühen Phase erkennen zu können – früher als das Sozialamt oder eine externe Fachstelle.

Verschiedene Studien zeigen den Bedarf an sozialarbeiterischer Unterstützung in der Grundversorgung sehr deutlich. In einer Studie von Jobst und Joos (2014) wurden soziale Problemstellungen in jeder siebten Sprechstunde beobachtet. In einem hausärztlichen Ambulatorium der Universitätsklinik Lausanne wurde jede dritte Konsultation als «schwierig» eingestuft, wobei prekäre soziale Verhältnisse und risikovolles Verhalten eine wichtige Rolle spielten (Mota et al. 2019). Auch Zimmermann et al. (2018) kommen zum Ergebnis, dass insbesondere in Praxen mit einem hohen Anteil von Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund soziale Probleme häufig auftreten.

In den obigen Studien und aus den Befragungen der BFH tauchen die folgenden Themenbereiche regelmässig in hausärztlichen Sprechstunden auf:

- Armut und finanzielle Probleme
- Probleme am Arbeitsplatz
- Arbeitslosigkeit
- Schwierigkeiten im Umgang mit Behörden und Sozialversicherungen
- Kulturelle Barrieren für die Navigation im Gesundheitssystem
- Probleme mit Therapietreue und Gesundheitskompetenz
- Finanzierung von Hilfsmitteln
- Wohnen und Obdachlosigkeit
- Einsamkeit
- Soziale Beziehungen
- Pflege und Betreuung zuhause
- Ausbildung
- Mobbing, häusliche Gewalt und Missbrauch

Diese Themenfelder zeigen, dass insbesondere Menschen mit Migrationshintergrund, Menschen mit psychosozialen oder psychiatrischen Herausforderungen, Menschen im Alter, von Sozialversicherungen abhängige Menschen, Menschen mit Schwierigkeiten auf dem Arbeitsmarkt und Menschen mit chronischen Erkrankungen soziale Probleme mit in die Sprechstunden nehmen.

4.1.2 Bedarf aus Sicht der Ärzteschaft

Wie aus einer Befragung des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (OBSAN) hervorgeht, wünschen sich 60 Prozent der Schweizer Grundversorgerinnen und Grundversorger einen besseren Zugang und eine bessere Finanzierung von Sozialprogrammen (Pahud 2019). Dieser Wunsch entsteht wahrscheinlich deshalb, weil Hausärztinnen und Hausärzte «mit allen Problemen» und «zu jeder Zeit» ansprechbar sind. «Und nur weil Vertrauen gewachsen ist, wird über mehr auch gesprochen – also auch über die Dinge, die ansonsten nicht gesagt werden.» (Abholz 2012) Auch der OBSAN-Bericht betont, dass die hausärztliche «Erfassung sozialer Bedürfnisse zunehmend eine wichtigere Rolle» spiele (Pahud 2019). Zu diesen Bedürfnissen zählen u. a. Ernährungsprobleme, soziale Isolation und Einsamkeit, finanzielle Sicherheit, Transportbedürfnisse, Probleme im Wohnbereich, häusliche Gewalt und häusliche Energieversorgung (z. B. Wasser, Strom und Heizung).

Ärztinnen und Ärzten geht es meist nicht darum, ihre Patientinnen und Patienten mit schwierigen oder komplexen sozialen Anliegen loszuwerden. Vielmehr stossen sie in ihrem Arbeitsalltag an die Grenzen ihrer Zuständigkeit und Kompetenzen. Durch ihr hohes Sensorium für den Kontext und die Geschichte ihrer Patientinnen und Patienten und ihr enges Vertrauensverhältnis zu ihren Patientinnen und Patienten verfügen sie über eine fruchtbare Basis für eine integrative Gesundheitsversorgung. Nichtsdestotrotz zeigen die folgenden Zitate, dass Ärztinnen und Ärzte gerade bei sozialen Patientenangelegenheiten oftmals an die Grenzen ihrer Möglichkeiten stossen:

«Also weisst du, dann schaffe ich mir noch mehr Arbeit. Da habe ich gedacht, warum habe ich das gemacht? (...) Und du kommst an keine Informationen. Und ich glaube, dort ist wirklich eine Bremse drin. Wenn du einfach jemanden hinschickst und du hast nachher keine Idee, was läuft» (Kinderärztin in: Weber-Hallauer 2021)

«Mit den sozialen Diensten der Gemeinde war es häufig relativ schwierig: Da war auch der Datenschutz, man konnte nicht miteinander reden und ich habe immer mehr gemerkt, dass die Sozialarbeiter eigentlich immer auch zwei Hüte anhaben. Also nicht primär für den Patienten da waren, sondern auch gewisse Vorgaben hatten von der Gemeinde, der SKOS und so.» (Arzt)

Einige Ärztinnen und Ärzte beschreiben es als schwierig, sich im Netz der sozialen Angebote zu rechtzufinden. Deshalb wünschen sie sich, dass der Kontakt zu den Ämtern und allgemein zur «Landschaft von bestehenden Angeboten» hergestellt werden kann (Weber-Hallauer 2021). Ebenso wird von verschiedenen Ärztinnen und Ärzten der Präventionseffekt genannt. Gerade in der Kinderarztpraxis könnte eine Sozialberatung und eine Verbesserung der finanziellen Situation zu gesünderen Lebensstilen, weniger Stress und Substanzkonsum sowie zu weniger (Folge-)Therapien führen (Weber-Hallauer 2021).

4.1.3 Bedarf aus Sicht des Gemeinwesens

Soziale Arbeit in der Grundversorgung kann auch vonseiten einer Gemeinde, eines Bezirks oder eines Kantons für notwendig erachtet werden. Soziale Arbeit wird dabei als notwendiges Puzzleteil erkannt, eine ganzheitliche und patientennahe Versorgung sicherzustellen. Ausschlaggebend dafür können veränderungswürdige Beobachtungen sein, die eine verbesserte gesundheitliche und soziale Versorgung notwendig machen. Mögliche Ziele für das Gemeinwesen sind beispielsweise die Folgenden:

- Bessere Zusammenarbeit und Koordination zwischen Gesundheits- und Sozialwesen
- Erhöhte Lebensqualität (z. B. durch eine Senkung der Nichtbezugsquote von Sozialleistungen)
- Früherkennung von gesundheitlich-sozialen Abwärtsspiralen
- Erhöhung der Arbeitsplatzattraktivität für Fachkräfte
- Bessere und frühzeitige Unterstützung von betreuenden Angehörigen
- Früherkennung von Kindswohlfährdungen
- Bessere Koordination nach Klinikaufenthalten
- Verhinderung von Einsamkeit und Isolation
- Erhöhung der gesundheitlichen Chancengleichheit

Damit diese Ziele erreicht werden können, können Gemeinden und Kantone Soziale Arbeit in der Grundversorgung einführen und fördern. Sowohl die theoretischen Grundlagen (Kapitel 1-3) als auch die praktische Umsetzung (Kapitel 4) zeigen, dass das Potenzial einer patientennahen Sozialberatung gross und der Aufwand zur Umsetzung überschaubar ist.

4.2 Umsetzungsmodelle

Soziale Arbeit in der Arztpraxis ist in der Schweiz noch auf wenige Pilotprojekte beschränkt und noch wenig verbreitet. Dennoch hat sich in den letzten Jahren schon eine grosse Vielfalt an Modellen entwickelt, die von einem institutionalisierten Modell in kommunalen Gesundheitszentren bis hin zu einer externen Sozialberatung reicht. Die externe Sozialberatung arbeitet eng mit Arztpraxen zusammen, bietet aber keine Beratungen in der Praxis selbst an. Auf der Basis schon etablierten Begrifflichkeiten aus der Sozialen Arbeit werden im Folgenden drei idealtypische Modelle vorgestellt: die integrierte Sozialberatung, die ambulante Sozialberatung und die externe Sozialberatung. Selbstverständlich sind auch Mischformen zwischen den Idealtypen denkbar.

4.2.1 Sozialberatung in der Praxis

Die oder der Sozialarbeitende ist bei einer medizinischen Gemeinschaftspraxis oder einem (sozial-)medizinischen Zentrum angestellt. Hierzu zählen auch Betriebsgesellschaften, in denen Sozialarbeitende für mehrere Arztpraxen der Betriebsgesellschaft tätig sind. Folgende Eigenschaften zeichnen dieses Modell aus:

- Die Sozialarbeiter*innen sind von der Praxis oder der Gemeinschaftspraxis angestellt.
- Die Beratungen finden in der Arztpraxis statt.
- Es gibt eine gemeinsame, elektronische Patientenakten (falls gewünscht mit geschlossenen Bereichen für die einzelnen Fachkräfte).
- Eine regelmässige Präsenz der Sozialarbeiter*innen in der Praxis ermöglicht informelle Gespräche im Arbeitsalltag.
- Die Teilnahme der Sozialarbeiter*innen an Rapporten oder Fallgesprächen ist die Regel.
- Die Terminplanung wird durch den Empfang organisiert.

4.2.2 Externe Sozialberatung (vor Ort)

Die oder der Sozialarbeitende ist von einer externen Organisation oder der Gemeinde angestellt. Es besteht eine geregelte Zusammenarbeit mit einer oder mehreren Arztpraxen, welche für die Beratungen die benötigten Räumlichkeiten zur Verfügung stellen. Gegebenenfalls wird der Zugang zu Patientenakten und Terminkalendern ermöglicht. Folgende Eigenschaften zeichnen dieses Modell aus:

- Die oder der Sozialarbeitende ist von einem unabhängigen Arbeitgeber angestellt.
- Die Beratungen finden in der Arztpraxis statt. Gegebenenfalls verfügen die Sozialarbeiter*innen über ein Büro bei ihrer Arbeitgeberin.
- Die Sozialarbeiter*innen haben gegebenenfalls einen Zugang zu den Patientenakten und der Terminplanung.
- Informelle Gespräche mit Praxismitarbeitenden gehören zum Arbeitsalltag.
- Die Terminplanung wird in der Regel durch den Empfang organisiert.

4.2.3 Externe Sozialberatung (ausserhalb der Praxis)

Die oder der Sozialarbeitende arbeitet typischerweise in enger Zusammenarbeit mit mehreren Arztpraxen, welche niedrigschwellig an die Sozialberatung überweisen. Die Sozialarbeiter*innen der Sozialberatung sind entweder von einer externen Organisation angestellt oder selbstständig erwerbend.

- Das Büro befindet sich ausserhalb der Arztpraxis.
- Die Zusammenarbeit mit den Arztpraxen ist individuell geregelt (z. B. mit Überweisungsschreiben, gemeinsamen Fallbesprechungen und Netzwerkgesprächen in den Praxen und einer Rückmeldung nach Abschluss einer Beratung)
- Die Zuweisung zur Sozialberatung funktioniert gleichermassen, wie zum Facharzt oder zu einer Therapie.
- Die Terminplanung wird zwischen der Sozialberatung und den Patient*innen vereinbart. Die zuweisenden Ärzt*innen werden über den Beratungsprozess auf dem Laufenden gehalten.

4.3 Leistungsangebot

Bei der internen Sozialberatung wird das Angebot zwischen der oder dem Sozialarbeitenden und der Arztpraxis vereinbart. Bei der externen Sozialberatung steht das gesamte Angebot einer professionellen Sozialen Arbeit zur Verfügung sowie Kompetenzen von allfälligen Zusatzausbildungen. Geeignet für die sozialarbeiterische Tätigkeit in der Arztpraxis sind Personen mit einem Fachhochschulabschluss in Sozialer Arbeit (Kapitel 4.6.2). In Anlehnung an das Berufsverständnis der Sozialen Arbeit ist das Angebot freiwillig, fördert die Selbstbestimmung und Unabhängigkeit und schützt persönliche Daten. Je nach Ausbildung und persönlichen Erfahrungen bringen Sozialarbeitende die folgenden Kenntnisse und Fähigkeiten mit:

Soziale Beratung

- Sozialversicherungsrechtliche Beratung (Krankentaggeld, Arbeitslosenversicherung, Invalidenversicherung, Ergänzungsleistungen, Hilfsmittel, Hilflosenentschädigung, Renten und Vorsorge)
- Erschliessung finanzieller Mittel
- Finanz- und Budgetberatung
- Beratung über Betreuungssystem und Familie
- Beratung zur Erwerbsarbeit/Ausbildung/Arbeitsplatz-Wechsel
- Beratung zur Wohnsituation und -form
- Unterstützung beim Aufbau einer Tagesstruktur
- Unterstützung im Bereich der Freizeitgestaltung
- Unterstützung bei administrativen Aufgaben und Übersetzungen

Psychosoziale Beratung

- Psychosoziale Anamnese und Beratung
- Ressourcen- und lösungsorientierte Beratung
- Systemische Beratung
- Motivierende Gesprächsführung

Gesundheitsmanagement

- Unterstützung zur Verbesserung der Gesundheitskompetenz
- Betreuende Angehörige (Unterstützungs- und Entlastungsbedarf, Runder Tisch)
- Coaching und Stärkung des Selbst- und Gesundheitsmanagements
- Hilfe zur Selbstreflexion und bei schwierigen Entscheidungen
- Case Management

Netzwerkarbeit

- Vernetzung mit Fachdiensten und -verbänden (z. B. Procap, Pro Infirmis & Pro Senectute)
- Vernetzung mit Angeboten des Sozialwesens (Vergünstigungen, Kultur & Freizeit)
- Vernetzung mit Sozialdiensten des Gesundheitswesens (Spitäler und Kliniken)
- Vernetzung mit Ämtern, Behörden und Beiständen (z. B. mit Sozialdienste, KESB, etc.)
- Vernetzung mit Freiwilligenarbeit
- Umfassende Netzwerkpflege (*social prescribing*)

Abhängig von der sozialräumlichen Umgebung und nichtmedizinischen Patientenanliegen kann der Bedarf an Leistungen variieren. Im Folgenden wird anhand von drei unterschiedlichen Modellpraxen aufgezeigt, welches die je typischen Brennpunkte sein können und welche nicht-medizinischen Patientenanliegen daher gehäuft auftreten dürften. Es handelt sich dabei um Idealtypen, die aus Interviews hervorgegangen sind, die die BFH im Rahmen eines Innosuisse-Projekts geführt hat. Sie sind nicht vollständig und können in der Praxis in unterschiedlichen Kombinationen auftreten (Tabelle 1).


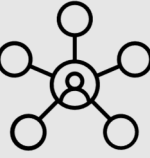



Tabelle 1: Schwerpunkte Sozialer Arbeit in drei Modellpraxen

Praxistyp	Soziale Brennpunkte	Nichtmedizinische Patientenanliegen	Angebot der Sozialberatung
Urbane Umgebung	<ul style="list-style-type: none"> • Armutsbetroffenheit • Bildungsferne • Migrationshintergrund 	<ul style="list-style-type: none"> - Probleme am Arbeitsplatz - Finanzielle Probleme - Unklarer Aufenthaltsstatus - Gesundheitskompetenz und kulturelle Barrieren - Kinderbetreuung - Soziale Isolation - Wohnen - Sozialversicherungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Anträge und Berichte für Sozialversicherungen - Triage zu kommunalen Hilfsangeboten - Zusammenarbeit mit Behörden und Sozialämtern - Kulturelle und sprachliche Übersetzungen - Stärkung der Gesundheitskompetenz - Erklären des schweizerischen Sozialwesens
Ländliche Umgebung	<ul style="list-style-type: none"> • Sorge im Alter • Einsamkeit • Armutsbetroffenheit 	<ul style="list-style-type: none"> - Pflege und Wohnen im Alter - Versicherungen, Renten, Vorsorgeaufträge - Einsamkeit - Probleme in Familienbeziehungen - Finanzierungsprobleme - Abhängigkeitserkrankungen 	<ul style="list-style-type: none"> - Stärken des sozialen Netzwerks und von pflegenden Angehörigen - Vernetzung mit kommunalen Angeboten - Verbesserung von Adhärenz und Selbstmanagement - Anspruchsprüfung Sozialversicherungen - Familienberatungen
Psychiatrische Praxis	<ul style="list-style-type: none"> • Persönliche Krisen • Drohender Arbeitsplatzverlust 	<ul style="list-style-type: none"> - Probleme am Arbeitsplatz, Mobbing - Überforderung und Stress - Probleme in Familienbeziehungen - Häusliche Gewalt - Obdachlosigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> - Vernetzung mit Arbeitgeber - Verbesserung des Selbstmanagements - Psychosoziales Coaching - Vernetzung mit kommunalen Angeboten, der KESB und Beistandschaften - Anspruchsprüfung Sozialversicherungen - Familienberatungen - Angehörigenarbeit

4.4 Idealtypische Rollen der Sozialarbeitenden

Mögliche Rollen, die für eine professionelle Soziale Arbeit in der Arztpraxis denkbar sind und mit denen sich Sozialarbeitende identifizieren können, werden in Tabelle 2 beschrieben. Es handelt sich dabei um idealtypische Rollen, wobei eine Person mehrere Rollen einnehmen kann respektive sich mehrere Rollen überschneiden können. Sozialarbeitende können je nach Kenntnis und Zusatzausbildung auch psychosoziale Beratungen anbieten. In diesem Fall könnte sich die sozialarbeiterische mit der ärztlichen Rolle überschneiden, weshalb eine Rollenklärung angebracht ist (Keller und Ackermann 2019, S. 54; Keefe et al. 2009, S. 591).

Tabelle 2: Rollen der Sozialen Arbeit in der Arztpraxis

	Rolle	Professionelles Verständnis
	Casemanager*in	<ul style="list-style-type: none"> - Erfassen und Verstehen der sozialen Umwelt der Klientel - Hilfe für die persönliche Zielsetzung - Hilfe bei der Lösungsfindung - Lotsen im schweizerischen Sozial- und Gesundheitswesen
	Netzwerker*in	<ul style="list-style-type: none"> - Erfassen der sozialen Umwelt der Klientel - Vernetzung mit und zu Beratungsstellen - Aufklärung und Triage
	Sozialberater*in	<ul style="list-style-type: none"> - Erfassen der sozialen Umwelt der Klientel - Klärung von finanziellen Fragen - Prüfung von Sozialversicherungsansprüchen - Hilfe mit Arbeit, Wohnen & Familie
	Beratung und Schulung für Arztpraxen	<ul style="list-style-type: none"> - Beratung bei Sozialversicherungsanträgen - Aufklärung über kommunale Hilfsangebote - Beratung bei Rundtischgesprächen
	Psychosoziale Berater*in	<p><i>(je nach Kenntnis/Zusatzausbildung)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Systemische Beratung - Motivierende Gesprächsführung - Familienhilfe & Erziehungsberatung

4.5 Finanzierung

Das schweizerische Krankenversicherungsgesetz (KVG) lässt kaum Spielräume offen, um eine Sozialberatung über die obligatorische Grundversicherung abzurechnen. Für die wenigen engagierten Pionierinnen und Pioniere von Sozialer Arbeit in der Grundversorgung in der Schweiz braucht es entsprechend hohe Bemühungen, um eine Finanzierung – zumindest vorübergehend – sicherstellen zu können. Die in der Praxis beobachteten Finanzierungsmodelle werden folgend in aller Kürze beschrieben.

4.5.1 Kanton und Gemeinde

Wie im Kapitel 4.5.1 beschrieben, kann Soziale Arbeit in der Grundversorgung durchaus im Interesse eines Kantons oder einer Gemeinde sein. Über die «Gemeinwirtschaftlichen Leistungen» (GWL) haben Schweizer Kantone die Möglichkeit, auch nichtmedizinische Dienstleistungen in der Gesundheitsversorgung zu finanzieren. Auch Gemeinden können daran interessiert sein, ein niederschwelliges Angebot zur Früherkennung und Bearbeitung von gesundheitlich-sozialen Abwärtsspiralen einzuführen und mit entsprechenden Mitteln auszustatten.

4.5.2 Praxisertrag

Grundsätzlich können die mehrheitlich über die Krankenkassen finanzierten niedergelassenen Ärzt*innen nur Leistungen abrechnen, die der Diagnose oder der Behandlung einer Krankheit sowie ihrer Folgen dienen (Art. 25 Abs. 1 KVG). Ambulant tätigen Ärzt*innen ist es aber möglich, gewisse ärztliche Tätigkeiten an nicht-ärztliche Personen zu delegieren, auch wenn deren Tätigkeiten nicht im Namen der delegierten Person abgerechnet werden können (Kieser 2018, S. 10). In der Regel sind Hilfsfunktionen dann delegierbar, wenn die nicht-ärztliche Person in räumlicher Nähe zur delegierten medizinischen Fachperson tätig ist sowie von ihr ausgewählt, instruiert und überwacht wird. Eine gesonderte Tarifposition für Hilfstätigkeiten besteht im geltenden Tarifvertrag nicht (Kieser 2020, S. 17).

Die Frage, inwiefern eine Sozialarbeiterin oder ein Sozialarbeiter eine Hilfsfunktion für ärztliche Leistungen sein kann, kann anhand des Beispiels von Dolmetscher-Dienstleistungen beantwortet werden. Obwohl Dolmetschende keine zugelassenen Leistungserbringer sind, können sie dann als Hilfsperson eingeordnet werden, wenn sie für die medizinische Diagnose oder Behandlung unabdingbar sind. Zudem müssen sie aufgrund ihrer Aus- und Weiterbildung für die Leistung geeignet sein und dem Prinzip von möglichst tiefen Kosten genügen (Kieser 2020).

Zusammengefasst ist es niedergelassenen Ärzt*innen möglich, fachlich qualifizierte Hilfspersonen einzusetzen, solange die erforderliche Instruktion und Überwachung vorliegt und sie für eine patientengerechte, wirksame, zweckmässige und qualitativ hochstehende Behandlung notwendig sind. In der Praxis lässt sich zudem beobachten, dass in gewissen Bereichen die durch Hilfspersonen ausgeübte Tätigkeit nicht verrechnet wird (Kieser 2020, S. 17). Vor dem Hintergrund, dass soziale Ursachen den Erfolg einer ärztlichen Behandlung wesentlich beeinflussen können (z. B. Fraser et al. 2018), können Sozialarbeitende einen wesentlichen – oder gar notwendigen – Beitrag zum medizinischen Behandlungserfolg leisten. Infolgedessen kann es für eine Ärztin oder einen Arzt angezeigt sein, einen Sozialarbeitenden für die Praxis anzustellen.

4.5.3 Stiftungen

Gemeinnützige Stiftungen können die Einführung von Sozialer Arbeit in der Grundversorgung für eine erste Pilotphase finanzieren. Diese Finanzierungsform eignet sich insbesondere für kleinere Initiativen, die von einzelnen Fachpersonen oder einer Arztpraxis ausgehen. Dabei wird eine in

der Regel zweijährige Pilotphase finanziert, in der das Projekt auf- und ausgebaut sowie auf die Projektziele evaluiert wird. Auch eine längerfristige Finanzierung kann das Ziel dieser ersten Pilotphase sein.

4.5.4 TARMED-Position 02.04

Für psychiatrische Arztpraxen besteht die Möglichkeit, Sozialarbeitende über das Tarmed-Tarifkapitel 02.04 abzurechnen. Damit die Leistungen der Sozialberatung über die Krankenkasse abgerechnet werden können, muss eine Leistungsvereinbarung – in der Regel mit dem Standortkanton – getroffen werden. Diese Leistungsvereinbarung beinhaltet einen Leistungsauftrag für die gemeindenahe psychiatrische Versorgung an die jeweilige Praxis. Ist eine Leistungsvereinbarung vorhanden, kann eine Spartenanerkennung zur Abrechnung «nichtmedizinischer Leistungen» bei der paritätischen Tarifkommission beantragt werden. Derzeit sind erfolgreiche Anträge für Soziale Arbeit in der psychiatrischen Praxis bekannt, einige Versuche für den Spartenantrag sind jedoch daran gescheitert, dass keine Leistungsvereinbarung mit dem Kanton eingegangen werden konnte. Im Gesundheitsgesetz des Kantons Zürich beispielsweise seien keine Leistungsvereinbarungen mit Arztpraxen möglich.

4.6 Einführung und Betrieb

In diesem Kapitel werden die wichtigsten Elemente für eine erfolgreiche Planung, Einführung, Umsetzung und Betrieb einer Sozialen Arbeit in der Arztpraxis zusammengestellt. Hierfür wird eine sorgfältige Bedarfsermittlung, Zusammenstellung des Leistungsportfolios, Klärung der fachlichen Anforderungen, Klärung der Infrastruktur, Einhaltung von Datenschutzmassnahmen und Klärung der Finanzierung benötigt.

4.6.1 Bedarfserhebung

Ist die Einführung oder ein Aufbau einer integrierten, ambulanten oder externen Sozialen Arbeit in der Arztpraxis geplant, muss der konkrete Bedarf erhoben werden. Eine auf das Einzugsgebiet beschränkte Bedarfserhebung ist keine sozialwissenschaftliche Studie. Vielmehr können verschiedene Erhebungsmethoden kombiniert werden, beispielsweise die Analyse von vorhandenen Daten oder schriftliche sowie mündliche Befragungen von Gruppen oder Einzelpersonen. Eine Bedarfsanalyse kann entweder mit eigenen Ressourcen oder mit Unterstützung der Gemeinde oder externen Personen durchgeführt werden.

Weil die Soziale Arbeit in der Arztpraxis als ergänzendes Angebot zu kommunalen Hilfsangeboten betrachtet werden muss, wird eine Zusammenarbeit mit der Gemeinde, der Stadt oder einem regional gut verankerten sozialen Dienstleister empfohlen. Zumindest eine Information über das geplante Vorhaben soll zuhänden des regionalen Sozialamtes erfolgen.

Für die Bedarfsermittlung soll mit regionalen Angeboten des Sozialwesens Kontakt aufgenommen werden, um gemeinsam die Lücken in den sozialen Hilfesystemen zu erörtern. Gemeinsam kann auf Diskrepanzen zwischen dem Ist-Zustand und dem Soll-Zustand hingewiesen werden. Mögliche Interessens- und Anspruchsgruppen für die Bedarfsanalyse sind im Folgenden aufgelistet:

- Ärzt*innen und medizinische Praxisassistent*innen (MPAs und MPKs) der Praxis
- Sozialdienst der Gemeinde, Sozial- und Vormundschaftsbehörde, Kindes- und Erwachsenenschutz
- Sozialdienst von Spitälern und Kliniken
- Schuldenberatungsstellen
- Karitative Sozialwerke
- Kirchliche Sozialarbeit

Aus der Bedarfsermittlung kann der effektive Bedarf und die gewünschten Leistungen der Sozialberatung abgeleitet werden. Sie können in einem Konzept für die Soziale Arbeit in der Arztpraxis verankert und konsultiert werden. Auch werden in einem Konzept die primären Zielgruppen, das Leistungsangebot, die Laufzeit des Projektes, die Stellenprozenze, die Projektrisiken sowie die Organisation (Budget, Führung, Kommunikation, Abläufe und Evaluation) festgehalten.

4.6.2 Anforderungen an den Sozialarbeitenden

Geeignet für die sozialarbeiterische Tätigkeit in der Arztpraxis sind Personen mit Abschlüssen in Sozialer Arbeit mit Schwerpunkt Sozialberatung (Fachhochschule & Höhere Fachschulen in Sozialer Arbeit). Insbesondere bei einer integrierten Sozialberatung (Kapitel 4.2.1), bei welcher eine fachliche Führung fehlt und eine hochgradig eigenverantwortliche Arbeitsweise gefordert ist, sollte die Fachkraft über eine mehrjährige Berufserfahrung in einem verwandten Arbeitsfeld verfügen.

Abhängig von den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten sowie von den Anforderungen der Arztpraxis sind Zusatzqualifikationen im Sozialversicherungsrecht, klinische Sozialarbeit, oder spezifischen Beratungsmethoden, beispielsweise die lösungsorientierte Beratung, systemische Beratung, motivierende Gesprächsführung oder psychosoziale Beratung sinnvoll. Derzeit gibt es sowohl in der Schweiz als auch im nahen Ausland nur wenige Ausbildungsgänge mit einem Schwerpunkt in klinischer oder gesundheitsbezogener Sozialen Arbeit.

4.6.3 Fachliche Entwicklung

Abhängig vom Umsetzungsmodell der Sozialen Arbeit in der Arztpraxis (Kapitel 4.2) kann die fachliche Führung der/des Sozialarbeitenden herausfordernd sein. Bei ungenügender fachlicher Vernetzung mit anderen Sozialarbeitenden und fehlender Supervision besteht die Gefahr fehlender fachlicher Entwicklung oder sogar die Gefahr der Instrumentalisierung respektive der Reduktion auf medizinische oder administrative Hilfstätigkeiten. Voraussetzungen für die fachliche Entwicklung sind regelmässige Supervisionen (auch in Zusammenarbeit mit Gemeinden oder anderen sozialen Beratungsstellen), fachliche Weiterbildungen und Vernetzungen mit Fachkräften im Rahmen von Fachverbänden, Tagungen oder Konferenzen.

4.6.4 Kommunikation

Für den Erfolg ist nicht nur die gegenseitige Verpflichtung zur Kooperation sowie die Umsetzung gemeinsamer Ziele entscheidend, sondern auch eine formelle und informelle gemeinsame Kommunikation. Kommunikation braucht Zeit und ist potenziell riskant, weil sich die Beteiligten missverstehen können. Aus diesen Gründen müssen informelle und formelle Austauschgefässe, Kommunikationsabläufe mit Hol- und Bringschuld mündlich und schriftlich geklärt sein. Folgende Fragen sind dabei zentral für eine effiziente und unmissverständliche Kommunikation zwischen dem Sozialarbeitenden und dem medizinischen Personal:

- Welche Personen sind befugt, Patientinnen und Patienten an die/den Sozialarbeiter*in zu überweisen?
- Welche Informationen braucht die/der Sozialarbeiter*in für das Erstgespräch?
- Wer vereinbart die Termine bei der/dem Sozialarbeiter*in?
- Welche Einsichts- und Bearbeitungsrechte erhält die/der Sozialarbeiter*in im elektronischen Patientendossier (EBD)?
- Gibt es datenschutzrechtliche Bedenken im interprofessionellen Informationsaustausch (Kapitel 4.6.6)?
- Wann und wie gibt die/der Sozialarbeiter*in eine Rückmeldung an die/den behandelnde*n Ärztin/Arzt?
- Zu welchen Arbeitszeiten ist die/der Sozialarbeiter*in telefonisch, per Mail und vor Ort erreichbar?
- An welchen formellen Sitzungen und Rapporten wird die/der Sozialarbeiter*in miteinbezogen?
- Welche neuen Aktivitäten sind notwendig, um interprofessionelle Kollaboration zu stärken (z. B. für eine gemeinsame Vision, gemeinsame Ziele, Fallbesprechungen, runde Tische)?
- Wann sind informelle Begegnungen mit der/dem Sozialarbeiter*in möglich?
- Wie oft kann die/der Sozialarbeiter*in als Konsiliardienst beansprucht werden?
- Welche technischen Hilfsmittel vereinfachen die Kommunikation und die Terminplanung?
- In welchen Abständen wird die Effizienz der Kommunikation gemeinsam reflektiert?

4.6.5 Infrastruktur

Generell benötigt eine effektive Soziale Arbeit nur wenig Infrastruktur. Je nach Umsetzungsmodell (Kapitel 4.2) sind die folgenden Bedürfnisse notwendig:

- Sprechzimmer in der Praxis
- Laptop oder PC mit Internetanschluss und notwendiger Software
- Telefonanschluss, Mobiltelefon
- Gegebenenfalls Zugang zur elektronischen Krankengeschichte oder EPD
- Gegebenenfalls Aktenschrank

4.6.6 Schweigepflicht und Datenschutz

Sozialarbeiter*innen unterstehen der beruflichen Schweigepflicht gemäss Art. 35 des Schweizerischen Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG). Diese Schweigepflicht betrifft sämtliche Personen, deren Beruf die Kenntnis von besonders schützenswerten Personendaten erfordert. Eine weiterführende Vereinbarung zur Schweigepflicht ist nicht nötig.

Sozialarbeiter*innen, welche nach dem integrierten Modell in einer Praxis angestellt sind, dürfen als ärztliche Hilfspersonen geltend gemacht werden (Kapitel 4.1.2). Ihnen kann die Einsicht in die Krankengeschichten der Patientinnen und Patienten anvertraut werden, womit sie der ärztlichen Schweigepflicht gemäss Art. 321 des Schweizerischen Strafgesetzbuches (StGB) unterstellt sind. Die Einwilligung der Patientin oder des Patienten erscheint nicht notwendig, solange die Patientinnen und Patienten über das Angebot innerhalb der Praxis im Bild sind. Dann nämlich kann von einem stillschweigenden Einverständnis ausgegangen werden.

Anders verhält sich dieser Sachverhalt, wenn eine ambulante oder externe Sozialberatung von einer externen Organisation den Einblick in die Krankengeschichte erhalten möchte. In diesem Fall besteht keine unmittelbare Zusammenarbeit zwischen zwei medizinischen Fachpersonen, weshalb eine ausdrückliche (mündliche oder schriftliche) Zustimmung des Patienten einzuholen ist (EDÖB 2002). Diese Zustimmung kann vor der Überweisung von der Ärztin/dem Arzt oder nach der Überweisung von der/dem Sozialarbeiter*in eingeholt werden. Bei neueintretenden Patientinnen und Patienten in die Praxis kann ebenfalls die Zustimmung zum Datenaustausch eingeholt werden.

4.6.7 Budget und Finanzierung

Falls die Sozialberatung von der Praxis selbst finanziert wird, setzt dies eine realistische Betriebs- und Investitionskostenberechnung voraus. Die wichtigsten Kosten setzen sich aus den folgenden Posten zusammen:

- Einmalige Investitionskosten: z. B. Büroausstattung, bauliche Anpassungen, Software und IT (z. B. Fallführungssoftware & gemeinsame Agenda)
- Betriebskosten: Bruttolohnkosten, Kosten für Weiterbildung und Supervision, Kosten für Material, Schulungen, Übersetzer*innen, etc.

- Führung, Evaluation und Qualität: Kosten für die Leistungserfassung, Evaluation und Führung

Eine extern verankerte Sozialberatung hat den Vorteil, dass sich die Arztpraxen weder um die Betriebskosten noch um die Kosten für Führung, Evaluation und Qualität kümmern müssen. Es liegt an der Kooperationsvereinbarung zwischen der externen Organisation und der Arztpraxis, die Kostenbeteiligung der Arztpraxis (z. B. für die Beratungen, Übersetzungen, Materialverbrauch, Schulungen und Supervision) zu regeln. Ein grobes Budget findet sich im Anhang C.

4.7 Risiken der Einführung und Umsetzung

Soziale Arbeit in der Arztpraxis birgt ein grosses Potenzial für eine patientenzentrierte, integrierte und chancengerechte Gesundheitsversorgung (Kapitel 1). Auch für die Systeme der sozialen Sicherheit, der sozialen Teilhabe und für die Integration in die Gesellschaft birgt die Soziale Arbeit in der Arztpraxis eine grosse Chance. Sie ermöglicht es, sozial und gesundheitlich prekäre Lebenssituationen frühzeitig zu erkennen – insbesondere dort, wo die herkömmlichen Systeme des Sozialstaates höhere Zugangshürden aufweisen. Nichtsdestoweniger gibt es auch Risiken und Herausforderungen, die einer wirksamen und effizienten Sozialen Arbeit in der Arztpraxis entgegenwirken können. Diese werden in den folgenden Kapiteln präsentiert.

4.7.1 Zu wenige Überweisungen der Ärzteschaft

Vor allem zu Beginn einer Zusammenarbeit können zu wenige Überweisungen den Nutzen der Sozialen Arbeit in der Grundversorgung in Frage stellen. Die Erfahrungen der Pilotprojekte haben gezeigt, dass wenige Überweisungen verschiedene Ursachen haben können. Erstens könnte das Angebot der Sozialberatung bei den Ärzten und Ärztinnen noch zu wenig oder zu wenig genau bekannt sein. Weil die Vielfalt an Themenfeldern, Tätigkeiten und Arbeitsweisen der Sozialberatung wenig bekannt sein dürften, muss das Angebot möglichst praxisnah (ggf. mit Beispielen aus einer Sprechstunde) beschrieben werden.

Neben der fehlenden Kenntnis über die sozialarbeiterischen Arbeitsfelder kann auch ein noch ungenügender Kulturwandel die Ursache für zu wenige Überweisungen sein. Ein Kulturwandel von einer hierarchischen Zusammenarbeit (Default-Position) hin zu einer kollaborativen Zusammenarbeit kann mit einfachen Massnahmen gefördert werden. Beispielsweise können gemeinsame Fortbildungen und die Schaffung gemeinsamer Arbeitsinstrumente (z. B. Überweisungsschreiben, Falldokumentationen und Fragebögen) die Zusammenarbeit stärken.

Die Erfahrungen aus der Praxis haben zudem gezeigt, dass kleine Tricks die Zusammenarbeit stärken und intensivieren können:

- Schlüsselbegriffe und Signalwörter:
Ärztinnen und Ärzte können, sobald eines der Themen «Finanzen», «Sozialversicherungen», «Arbeit», «Wohnen» oder «Familie» in der Sprechstunde auftaucht, auf die Sozialberatung hinweisen.
- Folgende Sätze können als Eisbrecher eingesetzt werden:
 - «Ich könnte mir vorstellen, dass die finanzielle Situation für Sie ein Problem darstellt. Ich kann mir gut vorstellen, wer Ihnen helfen kann. Ich selbst kann das nicht, aber ich wüsste jemanden.»
 - «Ich denke, dass Ihre Anliegen bei unserem Sozialarbeiter besser aufgehoben wären. Ist es ok, wenn er mit Ihnen Kontakt aufnimmt? Kann er Sie für einen Termin anfragen?»
- Leuchttürme:
Ärztinnen und Ärzte können auch ohne explizite Stichworte auf das Angebot der Sozialberatung hinweisen. Die Erfahrungen haben gezeigt, dass Patienten und Patientinnen zu einem späteren Zeitpunkt vom Angebot Gebrauch machen möchten oder die Hemmschwelle für eine Überweisung sinkt. Beispielweise kann am Ende einer Sprechstunde folgender Hinweis gegeben werden: «Übrigens haben wir ein Angebot für den Fall von Problemen mit Arbeit, Wohnen oder Finanzen. Gerne helfe ich Ihnen weiter, falls Sie es in Anspruch nehmen möchten.»
- Ärztinnen und Ärzte können ihr Vertrauensverhältnis zu den Patienten und Patientinnen nutzen, um noch unausgesprochene Themen anzusprechen (z. B. «Haben Sie finanzielle Sorgen?» oder «Wie geht es bei der Arbeit?»).

Letztendlich können auch administrative Hürden die rasche und unkomplizierte Überweisung verhindern. Beispielsweise kann ein fehlender Zugang zur Agenda oder eine schlechte Erreichbarkeit Überweisungen erschweren. Die Erfahrungen der Praxis haben gezeigt, dass die Überweisungen stark zunehmen, wenn die ersten Hürden abgebaut und Vertrauen aufgebaut worden ist. Dann wird eine Überweisung genauso einfach und unkompliziert wahrgenommen wie eine Überweisung zu anderen Anbietenden, z. B. zur Atemtherapie, zur Physiotherapie oder zur medizinischen Massage.

4.7.2 Reduktion auf eine administrative Hilfskraft

Insbesondere im Modell der integrierten Sozialberatung (Kapitel 4.2.1) sinkt das Potenzial der Sozialen Arbeit, wenn sie auf eine administrative Hilfsfunktion oder Pflegeplanerin reduziert wird. Aus der Perspektive der interprofessionellen Kollaboration ist es zwar möglich, dass Fachkräfte eine befristete Tätigkeit ausserhalb des engen Leistungsportfolios übernehmen können – solange es den kollektiv festgelegten Zielen dienlich ist (Kapitel 3.4.1). Beispielsweise kann die oder der Sozialarbeitende in Absprache mit dem Team administrative Tätigkeiten übernehmen, die vorher medizinische Fachkräfte erledigt haben (z. B. Organisation einer Spitex-Betreuung oder einer IV-Anmeldung).

Allerdings kann sich das Potenzial der Sozialen Arbeit in der Arztpraxis nur dann professionell entfalten, wenn sie sich als eine eigenständige Profession mit einer eigenen wissenschaftlichen Perspektive, eigenen Assessmentinstrumenten, eigener Interventionsplanung und eigenem Methodenrepertoire versteht (Keefe et al. 2009). Eine gute Balance zwischen Hilfsfunktion und professioneller Rolle ist also ein entscheidender Faktor. Mit Handlungsautonomie, einem respektvollen Mitspracherecht und einem Verständnis für die gegenseitige Abhängigkeit (Kapitel 4.4.2) dürfte diese Balance erreicht und gehalten werden. Zudem ist es unabdingbar, dass sich Sozialarbeitende fachlich austauschen und weiterentwickeln können. Supervision, Weiterbildung sowie die formelle und informelle Vernetzung mit anderen Fachkräften der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit sind für eine professionelle Berufsausübung essenziell (Kapitel 4.6.3).

4.7.3 Unklare Fallverantwortung

Im Modell der integrierten Sozialberatung kann sich wiederum die Frage nach der Fallverantwortung stellen. Einige Ärztinnen und Ärzte befürchten eine Spannung zwischen der eigenen Kompetenzerweiterung und der Delegation sozialer Probleme (Keller & Ackermann 2019). In der einen Situation würden sie den Fall lieber selbst bearbeiten und sich allfällig notwendige Kompetenzen aneignen und in einer anderen Situation lieber delegieren.

Eine Praxis mit integrierter Sozialberatung löst dieses Problem der Fallverantwortung, indem die Ansprechperson, die für die Patientin oder den Patienten am wichtigsten ist, die Fallverantwortung übernimmt. Solange keine andere Regelung vereinbart ist, hat die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt die Fallverantwortung. Sie oder er kann, falls fachlich indiziert, die Verantwortung an die Sozialberatung abgeben. Falls die medizinischen Anliegen wiederum ins Zentrum und die sozialen Anliegen in den Hintergrund rücken – oder bestenfalls gelöst sind –, kann die Sozialberatung den Fall wieder zurückgeben.

5 Ausblick

Eine starke Primärversorgung mit patientennahen Versorgungsstrukturen verfügt über einen effizienten Hebel, um eine präventionsorientierte, gesundheitsfördernde, kostengünstige und gerechte Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Damit dieses Ziel erreicht werden kann, empfiehlt die WHO allen Ländern, ein zusätzliches Prozent ihres Bruttoinlandprodukts in die Entwicklung einer besseren Primärversorgung zu investieren (WHO 2021). In diesem Bericht wurde gezeigt, welche Rollen die Soziale Arbeit in einer starken Primärversorgung übernehmen kann und welche Potenziale damit verbunden sind. Als Expertinnen und Experten für soziale Integration und Inklusion können Sozialarbeitende nicht nur die Versorgungsqualität verbessern, sondern auch die medizinischen Fachkräfte von sozialen Anliegen der Patienten und Patientinnen entlasten. Wie Soziale Arbeit in der Grundversorgung theoretisch konzeptualisiert und wie sie praktisch umgesetzt werden kann, wurde in diesem Bericht beschrieben.

Auch wenn in der Schweiz integrierte Versorgungsmodelle zunehmen (Schusselé Filliettaz et al. 2018), so sind noch wenig Angebote mit Sozialer Arbeit bekannt. Viele dieser Pioniermodelle befinden sich noch in der Einführungs- und Entwicklungsphase. Erste Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch und eine Wissensbündelung wurden durch das Innovations- und Forschungsprojekt der Berner Fachhochschule (BFH) sowie durch den Fachverband für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (SAGES) ermöglicht. Eine Vernetzung über die Sprach- und Landesgrenzen hinweg konnte noch nicht realisiert werden. Hierfür sind weitere Aktivitäten, Übersetzungsleistungen und Forschungsprojekte notwendig.

Das vorliegende Dokument bildet zusammen mit dem dazugehörigen Forschungsbericht⁵ die Grundlage, um eine interprofessionelle Primärversorgung mit Sozialer Arbeit in der Schweiz voranzutreiben. Gleichzeitig muss das vorliegende Ergebnis als eine Momentaufnahme betrachtet werden. Die Etablierung und Professionalisierung neuer Angebote befinden sich in einem laufenden Prozess. Weitere Angebotsformen Sozialer Arbeit sind denkbar, beispielsweise ambulante Sozialberatung in und für Spitexorganisationen oder in Alters- und Pflegeheimen. Auch eine aufsuchende Sozialberatung für Menschen mit gesundheitlichen Problemen ist vorstellbar. Hierfür sind eine breitere Vernetzung und weitere Forschungsanstrengungen nötig.

Soziale Arbeit in der Arztpraxis kann auf vier verschiedenen Ebenen gefördert werden: professionell, berufspolitisch, gesundheitspolitisch und wissenschaftlich. Auf der *Ebene der einzelnen Professionen* kann und muss die Sensibilisierung und Ausbildung zur interprofessionellen Zusammenarbeit vorangetrieben werden. Dazu gehören Veranstaltungen in den Ausbildungen *aller* beteiligten Professionen. Sie können den Grundstein für eine erfolgreiche und respektvolle Zusammenarbeit legen. Die Soziale Arbeit soll in Form von Fort- und Weiterbildungen im Bereich der gesundheitsbezogenen Sozialarbeit gestärkt werden. Diese zusätzlichen Qualifikationen können auf die vielfältigen und anspruchsvollen Aufgaben im interdisziplinären Umfeld vorbereiten. Ebenso wichtig sind akkreditierte Fort- und Weiterbildungen für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Diese können allfällige Berührungängste abbauen und die Potenziale für die Arbeitsqualität und Praxisreputation aufzeigen.

⁵ Webseite: bfh.ch/soziale-arbeit/arztpraxis

Auf der *berufspolitischen Ebene* müssen Anreize geschaffen werden, die die interprofessionelle Kollaboration fördern und honorieren. Praxisgemeinschaften und Managed Care Netzwerke können die interprofessionelle Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden fördern und finanzieren. Berufsverbände können zur Vernetzung und Präsentation erfolgreicher Praxismodelle beitragen und sich zusammen mit den Krankenkassen an Forschungs- und Evaluationsprojekte beteiligen. Sie können sich ebenfalls für Qualitätsinstrumente und -zertifikate im Bereich der interprofessionellen Zusammenarbeit engagieren sowie eine nachhaltige Finanzierung über die öffentliche Hand oder Versicherungsleistungen einfordern.

Gesundheitspolitisch stehen mindestens zwei Möglichkeiten zur Förderung interprofessioneller Zusammenarbeit mit Sozialer Arbeit zur Verfügung. Erstens können Innovationsfonds gegründet oder verstärkt werden, womit Anschubfinanzierungen interprofessioneller Angebote ermöglicht werden können. Damit Innovationsprojekte nachhaltig bestehen können und eine langfristige Perspektive für engagierte Fachkräfte gegeben werden kann, müssen – zweitens und ungleich wichtiger – noch nicht abrechenbare Kooperations- und Koordinationsleistungen finanziert werden (Giger et al. 2018). Diese Kooperations- und Koordinationsleistungen können entweder tarifiert (Kapitel 4.5.4) oder über die Kantone durch gemeinwirtschaftliche Leistungen (GWL, Kapitel 3.1.3) finanziert werden.

Aus *wissenschaftlicher Perspektive* sind die positiven Auswirkungen einer besseren Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- und Sozialwesen weitgehend evident. Dass die Soziale Arbeit in der Grundversorgung sowohl auf die Gesundheit der Patientinnen und Patienten als auch auf die Versorgungsstrukturen positiv einwirkt und verhältnismässig einfach umsetzbar ist, zeigen die beiden Berichte der Berner Fachhochschule. Zukünftige Forschungsbemühungen sind hingegen nötig, um die verschiedenen Modelle interprofessioneller Zusammenarbeit und ihre Erfolgsfaktoren genauer zu erörtern. Die Forschung hat zudem die Aufgabe, bestehendes Wissen über regionale oder sprachliche Grenzen hinweg zu vernetzen und zu kommunizieren. Nicht zuletzt gehört es auch zu den Aufgaben der Hochschulen, zukünftige Fachkräfte der Sozialen Arbeit oder der Medizin für die interprofessionelle Zusammenarbeit auszubilden.

6 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Soziale Arbeit als fehlendes Puzzleteil	18
Abbildung 2: Formen interprofessioneller Zusammenarbeit	19

7 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Schwerpunkte Sozialer Arbeit in drei Modellpraxen	33
Tabelle 2: Rollen der Sozialen Arbeit in der Arztpraxis	34
Tabelle 3: Chancen der einzelnen Umsetzungsmodelle	54
Tabelle 4: Besondere Herausforderungen der einzelnen Umsetzungsmodelle	55

8 Glossar

Arztpraxis

Unter Arztpraxen werden ambulante Einrichtungen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte verstanden. Es sind Praxen der Allgemeinmedizin, Kinderarztpraxen, psychiatrisch-psychologische Praxen, Gruppenpraxen und medizinische Grundversorgungszentren.

Grundversorgung

Die Grundversorgung umfasst hier die ambulanten Einrichtungen der medizinischen und psychiatrischen und psychologischen Versorgung, die von der Bevölkerung in der Regel als erste Kontaktstellen aufgesucht werden.

Soziale Arbeit in der Arztpraxis

Soziale Arbeit in der Arztpraxis wird synonym mit «Soziale Arbeit in der Grundversorgung» verwendet. Der Begriff umfasst alle hier vorgestellten Modelle, in denen Sozialarbeitende in eine enge Zusammenarbeit mit Arztpraxen treten.

9 Literaturverzeichnis

- Abel, Thomas; McQueen, David V. (2013): Current and Future Theoretical Foundations for NCDs and Health Promotion. In: David V. McQueen (Hg.): Global Handbook on Noncommunicable Diseases and Health Promotion. New York, NY: Springer New York, S. 21–35.
- Abholz, Heinz-Harald (2012): Probleme des Teams in der deutschen ambulanten Versorgung. In: *Z Allg Med* (88), S. 223–231.
- AvenirSocial (2010): Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen. AvenirSocial.
- AvenirSocial; SAGES (2010): Leitbild Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Bern.
- BAG (2016): Faktenblatt Koordinierte Versorgung.
- BAG (2018a): Chancengleichheit und Gesundheit – Zahlen und Fakten für die Schweiz. Bern.
- BAG (2018b): Interprofessionalität im Gesundheitswesen. Beispiele aus der Berufspraxis. Hg. v. BAG Bundesamt für Gesundheit. Bern.
- Benz Bartoletta, Petra; Meier Kressig, Marcel; Riedi, Anna Maria; Zwilling, Michael (Hg.) (2010): Soziale Arbeit in der Schweiz. Einblicke in Disziplin, Profession und Hochschule. 1. Aufl. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.
- Braun, Maxi; Freudenmann, Roland; Schönfeldt-Lecuona, Carlos; Beschoner, Petra (2007): Burn-out, Depression und Substanzgebrauch bei Ärzten - Ein Überblick zur derzeitigen Datenlage in Deutschland. In: *psychoneuro* 33 (01/02), S. 19–22. DOI: 10.1055/s-2007-973732.
- Bronstein, Laura R. (2003): A model for interdisciplinary collaboration. In: *Social Work* 48 (3), S. 297–306. DOI: 10.1093/sw/48.3.297.
- Chevillard, Guillaume; Mousquès, Julien (2021): Medically underserved areas: are primary care teams efficient at attracting and retaining general practitioners? In: *Social science & medicine* (1982) 287, S. 114358. DOI: 10.1016/j.socscimed.2021.114358.
- Döbl, Stefanie; Huggard, Peter; Beddoe, Liz (2015): A hidden jewel: social work in primary health care practice in Aotearoa New Zealand. In: *Journal of Primary Health Care* 7 (4), S. 333–338.
- Drinkwater, Chris; Wildman, Josephine; Moffatt, Suzanne (2019): Social prescribing. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 364, l1285. DOI: 10.1136/bmj.l1285.
- Druey Just, Eva (2015): Was sind gemeinwirtschaftliche Leistungen? Hg. v. Jusletter.
- EDÖB (2002): Leitfaden für die Bearbeitung von Personendaten im medizinischen Bereich. Bearbeitung von Personendaten durch private Personen und Bundesorgane. Bern.
- Erler, Antje; Beyer, Martin; Gerlach, Ferdinand M. (2010): Ein Zukunftskonzept für die hausärztliche Versorgung in Deutschland. Eine Darstellung anhand der Vorschläge des Sachverständigenrats Gesundheit 2009. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* (4), S. 159–165.

- Frank, John; Abel, Thomas; Campostrini, Stefano; Cook, Sarah; Lin, Vivian K.; McQueen, David V. (2020): The Social Determinants of Health: Time to Re-Think? In: *International journal of environmental research and public health* 17 (16). DOI: 10.3390/ijerph17165856.
- Fraser, Mark W.; Lombardi, Brianna M.; Wu, Shiyu; Saxe Zerden, Lisa de; Richman, Erica L.; Fraher, Erin P. (2018): Integrated Primary Care and Social Work: A Systematic Review. In: *JSSWR* 9 (2), S. 175–215. DOI: 10.1086/697567.
- Friedli, Thomas (2016): Soziale Arbeit im Gesundheitswesen - Schlaglichter auf ein wenig beachtetes Arbeitsfeld. In: *BFH impuls* (1), S. 4–7.
- GDK (2019): Impulse für die Integrierte Versorgung in den Kantonen: ein Leitfaden. Hg. v. Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK. Bern.
- GDK und BAG (2012): Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung. Bericht der Arbeitsgruppe „Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung“ von GDK und BAG. Hg. v. Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz und Bundesamt für Gesundheit. Bern.
- Giger, Marc-André; Häusler, Elvira; Sander, Melanie; Staffelbach, Daniel (2018): Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung. Bericht im Rahmen des Projektes «Koordinierte Versorgung» des Bundesamts für Gesundheit BAG. Bern.
- Holt-Lunstad, Julianne; Smith, Timothy B.; Layton, J. Bradley (2010): Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. In: *PLoS Med* 7 (7), e1000316. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000316.
- Hümbelin, Oliver; Richard, Tina; Schuwey, Claudia; Luchsinger, Larissa; Fluder, Robert (2021): Nichtbezug von bedarfsabhängigen Sozialleistungen im Kanton Basel-Stadt – Ausmass und Beweggründe. Bern.
- Jobst, Detmar; Joos, Stefanie (2014): Soziale Patienten Anliegen – eine Erhebung in Hausarztpraxen. In: *Z Allg Med* 90 (12), S. 496–501.
- Karunamuni, Nandini; Imayama, Ikuyo; Goonetilleke, Dharshini (2021): Pathways to well-being: Untangling the causal relationships among biopsychosocial variables. In: *Social science & medicine* (1982) 272, S. 112846. DOI: 10.1016/j.socscimed.2020.112846.
- Keefe, Bronwyn; Geron, Scott Miyake; Enguidanos, Susan (2009): Integrating social workers into primary care: physician and nurse perceptions of roles, benefits, and challenges. In: *Social work in health care* 48 (6), S. 579–596. DOI: 10.1080/00981380902765592.
- Keller, Birgit Ulrika; Ackermann, Günter (2019): Sozialberatung in der Hausarztpraxis. Grundlagenbericht zuhanden der Caritas beider Basel. Günter Ackermann Qualität & Evaluation Bern.
- Kieser, Ueli (2018): Gutachten erstattet dem Kantonsspital Winterthur zu Fragen der krankensicherungsrechtlichen Entschädigung für nichtärztliches Personal. Zürich.
- Kieser, Ueli (2020): Gutachten erstattet dem Schweizerisches Rotes Kreuz – Croix-Rouge suisse. Zürich.

- Kündig, Jörg; Hametner, Claudia; Kirschner, Michael; Höchli, Daniel; Luchsinger, Philippe; Wiesli, Reto et al. (2019): Erfolgsfaktoren für den Aufbau integrierter Versorgungsmodelle. Bern.
- Laer, Lutz von (2017): Das Schweizer Gesundheitswesen in Not? In: *Schweizerische Ärztezeitung* 98 (36), S. 1164–1165. DOI: 10.4414/saez.2017.05837.
- Liu, Yanmei; Mantwill, Sarah (2021): How do we identify socially isolated and lonely older people in Switzerland? Swiss Learning Health System. Lucerne.
- Martínez, Isabel Z.; Kopp, Daniel; Lalive, Rafael; Pichler, Stefan; Siegenthaler, Michael (2021): Corona und Ungleichheit in der Schweiz. Eine erste Analyse der Verteilungswirkungen der Covid-19-Pandemie. Zürich (KOF Studien, 161).
- McGregor, Jules; Mercer, Stewart W.; Harris, Fiona M. (2018): Health benefits of primary care social work for adults with complex health and social needs: a systematic review. In: *Health & social care in the community* 26 (1), S. 1–13. DOI: 10.1111/hsc.12337.
- Miller, Robin (2019): Social work and integrated care. First published. London, New York: Routledge Taylor & Francis Group (ProQuest Ebook Central).
- Mota, Pau; Selby, Kevin; Gouveia, Alexandre; Tzartzas, Konstantinos; Staeger, Philippe; Marion-Veyron, Regis; Bodenmann, Patrick (2019): Difficult patient-doctor encounters in a Swiss university outpatient clinic: cross-sectional study. In: *BMJ open* 9 (1), e025569. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-025569.
- Ní Raghallaigh, Muireann; Allen, Mary; Cunniffe, Rosemary; Quin, Suzanne (2013): Experiences of social workers in primary care in Ireland. In: *Social work in health care* 52 (10), S. 930–946. DOI: 10.1080/00981389.2013.834030.
- OECD (2021): Health at a Glance 2021: OECD Indicators: OECD.
- Pahud, Olivier (2019): Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Analyse des International Health Policy (IHP) Survey 2019 der amerikanischen Stiftung Commonwealth Fund im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG). Neuchâtel (Obsan Bericht, 15).
- Pauls, Helmut (2004): Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung. Weinheim: Juventa-Verlag (Grundlagentexte soziale Berufe).
- Poimann, Horst (2019): Evidenzbasierte Kommunikation in der Gesundheitsversorgung. Würzburg: Huttenscher Verlag.
- Reichlmeier, Axel; Meier, Cornelia (2018): Ambulante Versorgungsstruktur und Bedarfsanalyse Schweiz. Ergebnisse santésuisse. Solothurn.
- Reinicke, Peter (2008): Sozialarbeit im Gesundheitswesen. Geschichte, Dokumente, Lebensbilder. Berlin: Eigenverlag des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge (Sonderdrucke und Sonderveröffentlichungen / Deutscher Verein für Öffentliche und Private Fürsorge, 44).

- Riou, Julien; Panczak, Radoslaw; Althaus, Christian L.; Junker, Christoph; Perisa, Damir; Schneider, Katrin et al. (2021): Socioeconomic position and the cascade from SARS-CoV-2 testing to COVID-19 mortality: Analysis of nationwide surveillance data.
- Saam, Mirko (2021): Gesundheit fördern und Krankheiten vorbeugen. Argumentarium. Gesundheitsförderung Schweiz. Bern und Lausanne (Arbeitspapier, 53).
- SAMW (2017): Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. Basel (Swiss Academies Reports, 12 (2)).
- SAMW (2020a): Charta 2.0 Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Bern.
- SAMW (2020b): Interprofessionelle Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung: erfolgskritische Dimensionen und Fördermassnahmen. Differenzierung, Praxis und Implementierung. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Bern (Swiss Academies Communications, 15 (2)).
- Sandoval, José Luis; Petrovic, Dusan; Guessous, Idris; Stringhini, Silvia (2021): Health Insurance Deductibles and Health Care-Seeking Behaviors in a Consumer-Driven Health Care System With Universal Coverage. In: *JAMA network open* 4 (7), e2115722. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2021.15722.
- Schmelzer, Sarah; Hollenstein, Eva; Strahl, Johanna; Wirz, Markus; Huber, Marion; Nast, Irina; Liberatore, Florian (2020): Task Shifting in der inter- professionellen Zusammenarbeit. Eine Studie der ZHAW. Winterthur.
- Schneider, Philipp; Delucchi, Libero; Gehrlach, Christoph; Kurz, Rebekka (2011): Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Berlin.
- Schusselé Fillietaz, Séverine; Berchtold, Peter; Kohler, Dimitri; Peytremann-Bridevaux, Isabelle (2018): Integrated care in Switzerland: Results from the first nationwide survey. In: *Health policy (Amsterdam, Netherlands)* 122 (6), S. 568–576. DOI: 10.1016/j.healthpol.2018.03.006.
- Sidler, Nikolaus (2004): Sinn und Nutzen einer Sozialarbeitswissenschaft. Eine Streitschrift. Freiburg i. Br.: Lambertus-Verl.
- Starfield, Barbara; Shi, Leiyu; Macinko, James (2005): Contribution of primary care to health systems and health. In: *The Milbank quarterly* 83 (3), S. 457–502. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.
- Stringhini, Silvia (2021): Wenn Armutsbetroffene Gesundheitsleistungen nicht in Anspruch nehmen: die Fakten. Berner Fachhochschule. Bern, 21.01.2021.
- Takian, Amirhossein; Kiani, Mohammad Mehdi; Khanjankhani, Khatere (2020): COVID-19 and the need to prioritize health equity and social determinants of health. In: *International journal of public health* 65 (5), S. 521–523. DOI: 10.1007/s00038-020-01398-z.

- van Weel, Chris; Kidd, Michael R. (2018): Why strengthening primary health care is essential to achieving universal health coverage. In: *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne* 190 (15), E463-E466. DOI: 10.1503/cmaj.170784.
- Weber-Hallauer, Irene (2021): Soziale Arbeit in der Kinderarztpraxis. Masterarbeit. Alice Salomon Hochschule, Berlin & Coburg.
- WHO (1978): Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Alma-Ata.
- WHO (2021): Primary health care. Key facts. Geneva.
- WHO & UNICEF (2018): A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Geneva.
- Wolff, Hans; Gaspoz, Jean-Michel; Guessous, Idris (2011): Health care renunciation for economic reasons in Switzerland. In: *Swiss Medical Weekly* 141, w13165. DOI: 10.4414/smw.2011.13165.
- Zanoni, Urs; Berchtold, Peter (2018): Integrierte Versorgung: Mehr oder weniger Staat? In: *Schweizerische Ärztezeitung* 99 (15), S. 474–476. DOI: 10.4414/saez.2018.06611.
- Zimmermann, Thomas; Mews, Claudia; Kloppe, Thomas; Tetzlaff, Britta; Hadwiger, Moritz; dem Knesebeck, Olaf von; Scherer, Martin (2018): Soziale Probleme in der hausärztlichen Versorgung – Häufigkeit, Reaktionen, Handlungsoptionen und erwünschter Unterstützungsbedarf aus der Sicht von Hausärztinnen und Hausärzten. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 131-132, S. 81–89. DOI: 10.1016/j.zefq.2018.01.008.

10 Anhang

10.1 (A) Checkliste für die Planung und Einführung

Ausgewählte Fragen der Planung

- Welcher Bedarf besteht für eine Soziale Arbeit in der Arztpraxis? (Kapitel 4.6.1)
 - Welcher Bedarf besteht vonseiten der Patientinnen und Patienten?
 - Welcher Bedarf besteht vonseiten der Arztpraxis?
 - Welcher Bedarf besteht vonseiten der Gemeinde resp. des Quartiers?
- Welches Leistungsangebot soll die Sozialberatung erbringen? (Kapitel 4.3)
- Wurden interprofessionelle Ziele definiert? (Kapitel 4.4.1)
- Welche Rollen werden der Sozialberatung zugeschrieben? (Kapitel 4.4)
- Wurden relevante Stakeholder (z. B. die Gemeinde) über das geplante Angebot informiert? (Kapitel 4.1.3)
- Können die benötigte Finanzierung und Infrastruktur bereitgestellt werden? Ist das Budget realistisch (Kapitel 4.6.7 und Anhang C)
- Welche Form der interprofessionellen Zusammenarbeit wird angestrebt? (Kapitel 3.3 und Anhang B)
- Sind die Fragen interprofessioneller Kommunikation geklärt? (Kapitel 4.6.4)
- Sind Instrumente der Evaluation und Qualitätsentwicklung geplant und budgetiert? (Kapitel 3.4.5)
- Kann die fachliche Entwicklung der/des Sozialarbeiters*in mit entsprechenden Mitteln sichergestellt werden? (Kapitel 4.6.3)

Ausgewählte Fragen der Umsetzung

- Werden die Abläufe der interprofessionellen Zusammenarbeit (Überweisung, Rückmeldung, Erreichbarkeit, etc.) regelmässig reflektiert? (Kapitel 4.6.4)
- Wird das Zusammenspiel der professionellen Rollen regelmässig reflektiert? (Kapitel 4.4)

- Finden gemeinsame Aktivitäten zur Pflege der interprofessionellen Kultur statt (Kapitel 3.4.3)
- Kann der/die Sozialarbeiter*in eine solide professionelle Identität entwickeln? (Kapitel 4.4.2)
- Wird die Qualität der Leistungen im Hinblick auf die angestrebten Ziele regelmässig überprüft und reflektiert? (Kapitel 3.4.5)
- Sind personelle Weiterentwicklungen und materielle Verbesserungen notwendig, um das Leistungsangebot anzupassen oder qualitativ zu verbessern? (Kapitel 3.4.5)
- Ist die langfristige Finanzierung vor dem Hintergrund allfälliger Änderungen des Bedarfs sichergestellt? (Kapitel 4.5)

10.2 (B) Chancen und Herausforderungen der Umsetzungsmodelle

Tabelle 3: Chancen der einzelnen Umsetzungsmodelle

Chancen	Interne SB	Externe SB (vor Ort)	Externe SB (ausser Haus)
Starke Verpflichtung der Praxisleitung zur interprofessionellen Kollaboration	✓		
Nähe zu den Patient*innen	✓	✓	
Einfacher Beziehungsaufbau der Patient*innen zur/zum Sozialarbeiter*in	✓	✓	
Niedrigschwellige Unterstützung der Ärzteschaft bei sozialen Fragen	✓	✓	
Interprofessionelle Fallführung möglich (Casemanagement)	✓	(✓)	
Gemeinsame Qualitätsentwicklung entlang kollektiver Ziele möglich	✓	(✓)	
Einfache gemeinsame Nutzung von elektronischen Patientendaten	✓	✓	(✓)
Schnelle Umsetzung durch geringen (materiellen und immateriellen) Aufwand für die Arztpraxis		✓	✓
Gutes Aufwand-Nutzen-Verhältnis bei auch bei kleinen Arztpraxen		✓	✓
Möglichkeit zur Finanzierung, Organisation und Führung unabhängig vom medizinischen Kontext (z. B. als Verein oder Stiftung)		✓	✓
Möglichkeit einer längerfristigen Begleitung auch bei Arztwechsel		(✓)	✓
Geringe Herausforderungen zur Pflege der interprofessionellen Kultur			✓
Distanz zur Arztpraxis und der Ärzteschaft			✓

Legende: « ✓ » gegenüber den anderen Modellen überlegen; « (✓) » Chance unter gewissen Bedingungen; « » keine besondere Chance

Tabelle 4: Besondere Herausforderungen der einzelnen Umsetzungsmodelle

Besondere Herausforderungen	Intern SB	Externe SB (vor Ort)	Externe SB (ausser Haus)
Intensive Auseinandersetzung mit dem tatsächlichen Bedarf	✕		
Aufwand der Arztpraxis für die Planung und Umsetzung	✕		
Gewährleistung der fachlichen Führung und Unterstützung der Sozialarbeitenden	✕		
Abbau von Berührungängsten durch räumliche Nähe	✕	✕	
Notwendigkeit einer schon bestehenden interprofessionellen Kultur	✕	(✕)	
Planung und kontinuierliche Klärung der professionellen Rollen und Kompetenzen	✕	✕	(✕)
Möglichkeiten zum informellen Austausch		(✕)	✕
Regelmässige und formelle Prüfung der Zusammenarbeit und Kooperation			✕
Überwindung der koordinierten Zusammenarbeit (Arbeit in Silos) hin zur ko-kreativen Kollaboration			✕

Legende: « ✕ » besondere Herausforderung; « (✕) » mässige Herausforderung; « » keine besondere Herausforderung

10.3 (C) Muster-Budget

Einmalige Kosten	
Büroeinrichtungen	5'000 CHF
Softwareanschaffungen, Lizenzen	5'000 CHF
Einarbeitung	nach Bedarf

Jährliche Kosten	
Lohnkosten Sozialarbeiter*in mit Berufserfahrung (100%, brutto)	100'000 – 120'000 CHF
Lohnkosten Administration & Buchhaltung	5'000 CHF
Fort- und Weiterbildung, Supervision, Mitgliedschaften, Fachliteratur	5'000 CHF
Kooperationsaufwände	nach Bedarf
Miete Räumlichkeiten/Büro	nach Bedarf
Betriebskosten (z. B. Versicherungen, Büroeinrichtung, Spesen, Telefonie & Internet)	nach Bedarf
Informatik, Software, Webseite	nach Bedarf

10.4 (D) Muster-Überweisungsformular

Überweisungsschreiben: Anmeldung für die Sozialberatung

**Praxis:
Im Zentrum**

Überlandstrasse 10
3000 Bern
Tel 031 111 11 11

Datum:

Zuweisende Ärztin/Zuweisender Arzt:

- Peter Muster Petra Seiler Hans Kuster
 Anna Meier Ueli Müller

Patientenangaben:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Telefonnummer:

Bemerkungen (z. B. Befunde, Medikamente oder Auftrag):

Rückmeldung an den behandelnden Arzt:

- nicht nötig bei der nächsten Gelegenheit
 nach 4 Wochen nach Beratungsende
 per Mail: per Telefon:

Termin:

- vereinbart Patient bittet um Kontaktaufnahme

Themen der Sprechstunde/Überweisungsgrund:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Finanzierungsprobleme / Schulden | <input type="radio"/> Integration / Migration |
| <input type="radio"/> Versicherungsfragen | <input type="radio"/> Wohnen / Heimeintritt |
| <input type="radio"/> Zusammenarbeit mit Sozialdiensten | <input type="radio"/> Pflege zu Hause |
| <input type="radio"/> Arbeitsplatz | <input type="radio"/> Entlastung im Alltag / Tagesstruktur |
| <input type="radio"/> Ausbildung | <input type="radio"/> Therapie / Compliance / Adhärenz |
| <input type="radio"/> Beziehung / Familie | <input type="radio"/> Ängste und Sorgen |
| <input type="radio"/> Gewalt / Missbrauch | <input type="radio"/> Vereinsamung |
| <input type="radio"/> Anderes: | |

Wichtigste Diagnosen:

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Schmerzen / rheumatische Erkrankung | <input type="radio"/> Onkologische Erkrankungen |
| <input type="radio"/> Lungen- oder Atemwegserkrankung | <input type="radio"/> Psychische Erkrankungen |
| <input type="radio"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen | <input type="radio"/> Suchterkrankungen |
| <input type="radio"/> Übergewicht | <input type="radio"/> Diabetes &
Stoffwechselerkrankungen |
| <input type="radio"/> Anderes, nämlich: | |

Die Patientin / der Patient ist über die Kontaktaufnahme informiert und hat einem Informationsaustausch zwischen Arzt und Sozialberatung zugestimmt.

Bitte übermitteln Sie das Formular persönlich oder an sozial-integriert@gutberaten.ch

Peter Muster
Sozialberater
Sozialbüro im Park
Bern