



careum

QUALITATIVE INTERVIEW-STUDIE

Gesundheit und Soziales

Herausforderungen und Chancen sozialer Aspekte im Gesundheitssystem unter besonderer Berücksichtigung interprofessioneller Bildung und Zusammenarbeit

Gert Ulrich, Alexandra Wirth, Carmela Flury

MEHR ERFAHREN
careum.ch



Ein Projektbericht im Bereich «Gesundheit und Soziales»

Über Careum

Careum engagiert sich für eine bessere Gesundheitswelt. Wir bilden Fachpersonen und Führungspersonen aus und weiter, vernetzen Akteurinnen und Akteure und fördern Innovationen. Im Sinne einer ganzheitlichen und integrierten Versorgung setzen wir uns dafür ein, das Sozial- und Gesundheitswesen zu verknüpfen.

Die Abteilung Strategie und Innovation von Careum arbeitet an der konkreten Umsetzung der Careum Dachstrategie. Das Wirkungsgebiet umfasst die Bereiche Integration von Gesundheit und Sozialem unter besonderer Berücksichtigung der Interprofessionalität, Digitale Transformation sowie Innovation und Strategie. Das siebenköpfige Team engagiert sich für den Transfer von wissenschaftlichen Erkenntnissen in die Praxis, erstellt Publikationen und führt gemeinsam mit weiteren Careum-Organisationseinheiten und diversen Partnerorganisationen Projekte durch.

Autoren

Ulrich, Gert; Dr. phil., M.A.

Gert Ulrich ist Geschäftsführer der «Zürcher interprofessionellen klinischen Ausbildungsstation» (ZIPAS) und wissenschaftlicher Projektleiter bei Careum (Abteilung Strategie und Innovation), wo er die Bereiche «Interprofessionalität» sowie «Gesundheit und Soziales» verantwortet. Er ist Sportwissenschaftler (Prävention und Rehabilitation) und wurde durch Arbeiten auf dem Gebiet der Sportmedizin zum Dr. phil. promoviert.

Wirth, Alexandra; Diplom Pflegepädagogin FH, M.A.

Alexandra Wirth ist wissenschaftliche Projektleitung bei Careum, Abteilung Strategie und Innovation, wo sie den Bereich «Gesundheit und Soziales» mitverantwortet und für konkrete Bildungsprojekte im Bereich Gesundheit und Soziales verantwortlich ist. Sie ist ursprünglich Pflegefachfrau und konnte als Pflegepädagogin FH und einem Master in Gesundheitsförderung viele Erfahrungen im Bereich Bildung im Gesundheitswesen sammeln und einbringen.

Flury, Carmela, dipl. Physiotherapeutin FH, EMBA

Carmela Flury ist Leiterin der Abteilung Strategie und Innovation und Mitglied des Careum Leitungsgremiums. Als erfahrene Physiotherapeutin, langjährige Führungsperson von Therapieteams und Dozentin bringt sie viel Praxis-Know-How und Expertise im Bereich des Gesundheits- und Bildungswesens mit.

Abstract	3
1 Einleitung	4
2 Methode	5
3 Ergebnisse	6
3.1 Herausforderungen an den Schnittstellen von Gesundheit und Sozialem	6
3.1.1 Zuständigkeiten und Finanzierung	6
3.1.2 Mangelhafte Ressourcen und Berücksichtigung Sozialer Arbeit	8
3.2 Erfahrungsberichte	11
3.3 Lösungsansätze zur besseren Verknüpfung von Gesundheit und Sozialem	12
3.3.1 Interprofessionelle, interinstitutionelle und intersektorale Zusammenarbeit	12
3.3.2 Bildung	15
3.3.3 Navigations- und Vermittlungsfunktion	16
3.3.4 Gesetzliche und finanzielle Rahmenbedingungen	18
3.4 Ein Blick in die Zukunft	19
3.4.1 Gesetzgebung und Finanzierung	19
3.4.2 Interprofessionelle und interinstitutionelle Zusammenarbeit	19
3.4.3 Berufsbilder	19
3.5 Bildliche Darstellung der wichtigsten Ergebnisse	20
4 Schlussfolgerungen und Ausblick	21
5 Literatur	22

ABSTRACT

Gesundheits- und Sozialsystem müssen aufgrund des demographischen Wandels und der Zunahme chronischer Erkrankungen besser aufeinander abgestimmt werden. Daher war es Ziel der vorliegenden Untersuchung, Hindernisse und Herausforderungen an den Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Sozialsystem in der Schweiz aufzuzeigen sowie Lösungsmöglichkeiten und Auswirkungen auf Bildung, Politik und Netzwerkaktivitäten abzuleiten. Dazu wurden 13 Expert:innen und eine Patientin mit Bezug zu Schnittstellen von Gesundheits- und Sozialsystem in mündlichen teilstrukturierten Interviews (jeweils ca. 30-40 Min) befragt. Die Expert:innen wurden aus den Bereichen der Versorgungspraxis, der Krankenversicherung, der Gemeindeverwaltung und der Hochschule rekrutiert. Der Interviewleitfaden beinhaltete Fragen zu den Themenschwerpunkten Herausforderungen, Lösungsmöglichkeiten und Auswirkungen sowie zu Wünschen und Visionen im Bereich Gesundheit und Soziales. Dieser Interviewleitfaden wurde auf Basis von nationalen und internationalen Literaturrecherchen und Hinweisen einbezogener Beiräte mit einschlägiger Expertise im Fachbereich erarbeitet. Die aufgezeichneten Interviews wurden wortgetreu transkribiert und mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz & Rädiker (2022) analysiert und ausgewertet.

Aus den Interviews waren grosse Herausforderungen herauszulesen, darunter mangelnde zeitliche Ressourcen, fehlende Übersichten zu relevanten Ansprechpartnern sowie unklare Zuständigkeiten und Finanzierungssystematiken an den Schnittstellen von Gesundheit und Sozialem. Insbesondere unklare Vergütungssystematiken der Sozialen Arbeit, die schwierige Versorgung mit Hilfsmitteln (z.B. Gehhilfen, Inhalationsgeräte) und ganz allgemein die Übergänge zwischen stationären und ambulanten bzw. häuslichen Versorgungsstrukturen wurden als besonders verbesserungswürdig beschrieben. Lösungsmöglichkeiten beziehen sich vor allem auf eine insgesamt stärkere Berücksichtigung des bio-psycho-sozialen Ansatzes und damit verbunden einen stärkeren Einbezug der Sozialen Arbeit im Umgang mit Betroffenen. Förderlich hierfür könnten interprofessionelle Bildungssettings sowie interprofessionelle Zusammenarbeit jeweils zwischen Gesundheits-/Medizinalberufen und der Sozialen Arbeit sowie interinstitutionelle Kooperationen zwischen (Bildungs-)Institutionen des Gesundheits- und Sozialsystems sein.

Die qualitativen Untersuchungsergebnisse mit 13 Expert:innen und einer Patientin verdeutlichen mitunter gravierende Herausforderungen im Zusammenspiel zwischen Gesundheits- und Sozialwesen sowie einen damit einhergehenden dringenden Handlungsbedarf, wie z.B. der Erstellung von Übersichten von Zuständigkeiten an der Schnittstelle von Gesundheit und Sozialem oder der Durchführung von interprofessionellen Bildungssettings.

1 Einleitung

Das Gesundheitssystem der Schweiz steht durch den demographischen Wandel, der Zunahme von chronischen Erkrankungen und den damit einhergehenden immer komplexer werdenden Behandlungen vor grossen Herausforderungen (SAMW, 2019). Insbesondere komplexe und multiple Erkrankungen können mit sozialen Ursachen und/oder Folgen einhergehen. Es ist daher dringend erforderlich, dass Gesundheits- und Sozialwesen auf die Bedürfnisse der alternierenden Bevölkerung und die zunehmende Prävalenz chronischer Krankheiten reagieren (Lowton & Henwood, 2023).

Die Bedeutung zur Berücksichtigung sozialer Determinanten im Gesundheitskontext zeigt sich ganz besonders in der Ottawa-Charta der WHO (1986), in der die Abkehr von einem biomedizinisch geprägten hin zu einem bio-psycho-sozialen Verständnis von Gesundheit und Krankheit gefordert wird. Menschen müssen daher immer mit ihrer gesamten alltäglichen Lebenswelt betrachtet und lebensweltorientierte Lösungen erarbeitet werden (Dettmers et al., 2021).

Auch in der Schweiz steigt die Sensibilisierung für soziale Determinanten der Gesundheit (BAG, 2019), und es liegen verschiedene Berichte vor, die Zusammenhänge bzw. eine wechselseitige Beeinflussung zwischen sozialen Faktoren und Gesundheit bzw. Krankheit dokumentieren (Bayer-Oglesby et al., 2020; Kessler et al., 2021; Spycher et al., 2021). Bspw. wurde gezeigt, dass bestimmte soziale Gruppen (niedriger Bildungsstatus, mangelnde soziale Ressourcen, fehlende Integration am Arbeitsmarkt) ein höheres Risiko für durch chronische Erkrankungen bedingte Spitalaufenthalte aufweisen (Bayer-Oglesby et al., 2020). Aber auch vice versa kann es sein, dass nicht nur die soziale Lage die Gesundheit, sondern auch die Gesundheit bzw. Krankheit einer Person ihre soziale Lage beeinflusst (Weber, 2020).

Aufbauend auf diesem theoretischen Gefüge ist es erfreulich, dass sich mittlerweile in der Schweiz mehrere Initiativen und Projekte finden, um die Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Sozialsystem zu verbessern, wie z.B.: Denkstoff des fmc zum besseren Zusammenwirken des Gesundheits-

und Sozialsystems; Regionale Anlaufstellen, REAS; Sozialberatungsbüro für Hausarztpraxen, SoBüBärn; Sozialberatung in der Hausarztpraxis (fmc, 2022; Gesundheitsförderung Schweiz, 2024; Rüegg, 2024; Verein Sozialberatung für eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung sbgg, 2024).

Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen¹ kommt hierbei eine besondere Funktion zu, da sie die Schnittstellen zwischen Sozial- und Gesundheitswesen berücksichtigt und auf die vielfachen Wechselwirkungen zwischen Lebenslagen und gesundheitlichem Status hinweist (Dettmers et al., 2021). Verschiedene Autoren (Homfeldt & Gahleitner, 2018; Hosek et al., 2020) postulieren, dass die Kooperation der Sozialen Arbeit mit anderen Professionen von unerlässlicher Bedeutung ist. Mitunter liest man zudem, dass die Soziale Arbeit eine Art Navigationsfunktion einnehmen könnte, um Betroffene bedarfsgerecht durch die komplexen Gesundheits- und Sozialsysteme zu navigieren (Dettmers et al., 2021).

Internationale Beiträge verdeutlichen vor diesem Hintergrund die Bedeutung der Sozialen Arbeit in interprofessionellen Settings im Gesundheitswesen, bspw. mit Blick auf interprofessionelles «healthcare hotspotting», interprofessionelles «service learning» oder der Integration sozialer Determinanten in interprofessionellen Bildungsettings (Allen et al., 2019; Cheng et al., 2020; Sabato et al., 2018).

Homfeldt und Gahleitner (2018) fragen vor diesem Hintergrund nach umsetzungsbezogenen Hindernissen zur Kooperation im Arbeitsalltag, die überwunden werden müssten. Folglich muss analysiert werden, inwiefern eine Koordination zwischen Gesundheitswesen und den sozialen Diensten stattfindet und ob diese entsprechend verbessert werden könnte (Brüngger et al., 2014).

Vorrangiges Ziel dieser Interview-Untersuchung war es daher, Hindernisse und Herausforderungen an den Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Sozialsystem zu analysieren, Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen und zukünftig besonders relevante Schwerpunktsetzungen zur besseren Verknüpfung dieser beiden Systeme abzuleiten.

¹ Der Schweizerische Fachverband für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (SAGES, 2018) beschreibt den Gegenstand der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen resp. der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit wie folgt:

- die Förderung sozialer Teilhabe und gelingender Lebensführung von Menschen, die direkt oder indirekt von gesundheitlicher Beeinträchtigung (krankheits- oder unfallbedingt) betroffen oder bedroht sind, und
- die Verhinderung und Bewältigung sozialer Probleme, die aus gesundheitlichen Beeinträchtigungen entstehen bzw. zu diesen führen.

Im Fokus von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen stehen demnach die folgenden Personengruppen in ihrer jeweiligen Lebenswelt: Menschen mit gesundheitlicher Beeinträchtigung, von Erkrankung bedrohte Menschen und ihre Angehörigen. Wann immer im Text von Sozialer Arbeit zu lesen ist, ist die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit analog zum Leitbild der SAGES gemeint.

2 Methode

Für diese qualitative Befragung wurden Interviewpartner:innen aus der Schweiz mit Expertise an den Schnittstellen von Gesundheit und Sozialen sowie eine erfahrene Patientin angefragt. Von insgesamt 15 angefragten Personen beteiligten sich 14 (5 Frauen, 9 Männer) an der Untersuchung (demographische Daten vgl. Tabelle 1). Die Expert:innen wurden aus den Bereichen der Versorgungspraxis, der Krankenversicherung, der Gemeindeverwaltung und der Hochschule rekrutiert. Die Interviewpartner:innen gaben nach vorheriger schriftlicher und mündlicher Information ihr schriftliches Einverständnis zur Befragung. Die Teilnahme war freiwillig und unentgeltlich. Die übergeordneten Themenbereiche zu Herausforderungen, Lösungsmöglichkeiten und Auswirkungen sowie Wünschen und Visionen mit Blick auf das Zusammenspiel von Gesundheits- und Sozialwesen wurden anhand eines Interviewleitfadens abgearbeitet. Dieser Interviewleitfaden wurde auf Basis von nationalen und internationalen Literaturrecherchen und einbezogener Beiräte mit einschlägiger Expertise im Fachbereich erarbeitet. Die mündlichen teilstrukturierten Interviews wurden

entweder in einem persönlichen Treffen oder via eines Online-Videokonferenztools durchgeführt und mittels eines Aufnahmegeräts bzw. der Aufnahmefunktion des Online-Videokonferenztools aufgezeichnet. Die Interviews dauerten zwischen 30 bis 40 Minuten, die Aufnahmen wurden wortgetreu transkribiert und nach der Transkription gelöscht. Die Analyse der Transkriptionen fand mit Hilfe von MAXQDA (MAXQDA Plus 2022, Release 22.6.1) statt. Als methodische Grundlage diente die qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz & Rädiker (2022). Der primäre Codierbaum wurde aus den übergeordneten Fragestellungen zu den Interviews abgeleitet, wobei im Laufe der Analysen weitere Unterkategorien erstellt wurden. Zwei wissenschaftliche Mitarbeitende haben abhängig voneinander codiert und anschliessend das Datenmaterial diskutiert. Aufgrund der Fülle der Daten wurde das Material erneut gewichtet, um Themenblöcke zu formulieren. Eine Zuständigkeitsabfrage wurde bei der Kantonalen Ethikkommission Zürich (BASEC-Nr. Req-2022-01005) für die Interview-Studie eingereicht, die mit einer Nicht-Zuständigkeitserklärung beantwortet wurde.

Tabelle 1: Demographische Daten der Interviewteilnehmenden.

Lfd. Nr.	Alter (J)	Beurfsausbildung	Tätigkeitsbereich
1	61	Therapeutischer Bereich	Patientin / Betroffene
2	k.A.	Erwachsenenbildung, Ausbildungsmanagement	Ausbildung
3	47	Soziale Arbeit, Pädagogik	Wissenschaftliches Arbeiten
4	40	Physiotherapie, Management Sozial- und Gesundheitsbereich	Therapiemanagement
5	52	Soziale Arbeit	Sozialberatung, Gemeinde
6	58	Pharmazie, Public Health	Integrierte Versorgung
7	63	Pflege	Zuweisermanagement
8	k.A.	Betriebsökonomie	Fachbereich Managed Care
9	39	Pflege, Case Management	Klinischer Betrieb, Spital
10	41	Soziale Arbeit, Sozialwissenschaften	Wissenschaftliches Arbeiten
11	59	Pflege im Bereich Psychiatrie	Psychiatrie Schweiz
12	58	Pflege, Soziale Arbeit	Sozialdienst, Spital
13	73	Humanmedizin	Hausarztpraxis
14	56	Pharmazie	Apotheke

3 Ergebnisse

Analog zu den Fragestellungen des Interviewleitfadens konnten die Informationen aus den Interviews anhand der übergeordneten Themenbereiche «Herausforderungen», «Erfahrungsberichte», «Lösungsansätze» sowie «Visionen und Bedürfnisse» strukturiert werden.

3.1 Herausforderungen an den Schnittstellen von Gesundheit und Sozialem

Auf einer übergeordneten Ebene ist zunächst aus den Interviews deutlich herauszulesen, dass zwischen Gesundheits- und Sozialsystem unterschiedliche Logiken, (Fach-)Sprachen und Finanzierungssysteme vorherrschen, die zahlreiche Herausforderungen mit sich bringen und im Folgenden eingehender beleuchtet werden sollen.

3.1.1 Zuständigkeiten und Finanzierungen

Mangelhafter Überblick zu Zuständigkeiten und Finanzierungsmodalitäten

Zuständigkeiten und Finanzierungsmodalitäten an den Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Sozialsystem sind unübersichtlich und komplex und daher für alle Beteiligten sehr herausfordernd. Im stationären oder auch im ambulanten Bereich der Behandlung sowie der Versorgung von Menschen in akuten Fällen sind recht klar die Krankenkassen (geregelt über das eidgenössische Krankenversicherungsgesetz, KVG) für Vergütungen von Leistungserbringern zuständig. Als ebenfalls noch recht einheitlich geregelt werden Vergütungen von Rehabilitationsmassnahmen, der Übergangspflege und der Finanzierung von Plätzen im Altersheim, obwohl bei letzterem auch bereits Mischfinanzierungen verschiedener Kostenträger (Krankenkassen, Rentenkassen, Gemeinde, Invalidenversicherung, Ergänzungsleistungen, Eigenbeiträge der Betroffenen) vorliegen können.

Benötigten Patient:innen jedoch soziale Unterstützung, treffen deutlich mehr Institutionen, Kostenträger bzw. (Sozial-)Versicherungen aufeinander (Krankenkassen, Unfallversicherungen, Altershinterbliebenenversicherung AHV, Invalidenversicherung IV, Pensionskasse PK, Ergänzungsleistungen EL, Militärversicherung, Arbeitslosenkasse, Gemeinden, Sozialdienste- und -ämter...), und die jeweiligen Zuständigkeiten werden schnell unübersichtlich und unstrukturiert.²

Auch wenn die Schweiz prinzipiell im sozialen Bereich gut organisiert ist, ist die Lage jedoch so komplex, dass selbst den involvierten Gesundheitsfachpersonen³ oft das Wissen und der Überblick über diese Zuständigkeits- und Finanzierungsfelder fehlen. Viele beteiligte Gesundheitsfachpersonen müssen sich diesen Überblick und die damit einhergehenden Möglichkeiten zur Beratung jeweils mühsam eigenständig im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeiten «learning by doing» (9/5; 13/9; 14/55) erarbeiten.

«Wo ich schon merke, wenn Studierende oder auch sonst Health Professionals, die ein paar Jahre Berufserfahrung haben, zu uns kommen, die haben schlicht keine Ahnung, wer zahlt was.» (4/116)

Diese unscharfen Konstellationen und Zuständigkeiten können dazu führen, dass sich die Leistungserbringer und Kostenträger voneinander abgrenzen und sich strikt auf ihren eigenen Zuständigkeitsbereich fokussieren.

«[...] dann geht es eigentlich ums Geld, obwohl es ja eigentlich im Grunde genommen auch um Gesundheit gehen würde, aber das klappt dann auseinander.» (1/22)

Andererseits geht diese mangelnde Klarheit, Soziales im Bereich Gesundheit zu finanzieren, auch mit einem grösseren Ermessensspielraum einher. Hier spielen insbesondere die Sozialen Dienste, Sozialämter bzw. Sozialhilfebereiche der Gemeinden eine besondere Rolle. Reichere oder grössere Gemeinden bzw. Städte haben eventuell mehr Möglichkeiten und auch Expertise als kleinere Gemeinden oder Gemeinden mit weniger finanziellem Spielraum. Über die Gemeinden werden auch die Ergänzungsleistungen gezahlt. Die Ergänzungsleistungen zur AHV und IV helfen, wenn die Renten und das Einkommen

2 Für Übersichten zum schweizerischen sozialen Sicherungssystem sei auf die Publikationen vom BSV und BFS verwiesen: Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV). (2023). Übersicht über die schweizerische soziale Sicherheit. Zugriff am 26.02.2024, von <https://www.bsv.admin.ch/dam/bsv/de/dokumente/int/uebersichten/uebersicht-ueber-die-schweizerische-soziale-sicherheit-stand-1-1-2017.pdf.download.pdf/Uebersicht%20%C3%BCber%20die%20schweizerische%20soziale%20Sicherheit%20-%20Stand%201-1-2017.pdf>, Bundesamt für Statistik (BFS). (2019). Statistischer Sozialbericht. Zugriff am 26.02.2024, von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/soziale-sicherheit/analysen-verlaeuft-system/statistischer-sozialbericht-schweiz.assetdetail.9026637.html>.

3 Im Text wird vereinfacht von Gesundheitsberufen oder Gesundheitsfachpersonen gesprochen, mit denen sowohl Gesundheits- als auch Medizinalberufe gemeint sind.

die minimalen Lebenskosten nicht decken. Diese Ergänzungsleistungen werden von Gemeinde zu Gemeinde unterschiedlich bereitgestellt und sind von einer Vielzahl von Faktoren abhängig (Alter, Invalidenversicherung, Pensionskassen, Einkommen und Vermögen...)

Die beschriebenen Unschärfen und fehlenden Überblicke können dann letztlich zu Lasten der betroffenen Patient:innen gehen, bspw. dann, wenn die Schnittstellen von stationärem Aufenthalt und ambulanter Versorgung mangelhaft adressiert und die Patient:innen sich selbst überlassen sind. Langfristig kann dies zu höheren Belastungen und Kosten der Gesundheits- und Sozialsysteme führen, wenn Betroffene nicht rasch und stimmig versorgt werden. Dazu wird erwähnt, dass die frühzeitige Berücksichtigung von sozialen Determinanten von Gesundheit und Krankheit anfangs höhere (betriebswirtschaftliche) Kosten verursachen, jedoch langfristig (volkswirtschaftlich) Kosten einsparen könnte. Bspw. können frühzeitige Entlassungen aus dem stationären Setting für ein Spital betriebswirtschaftlich günstig sein, die möglichen Folgen (fehlende Unterstützung im Alltag bzw. häuslichen Pflege, weiterführende oder zusätzliche Behandlungskosten, Wiedereintritte ins Spital...) können aber volkswirtschaftlich stark und längerfristig belastend sein.

Soziale Arbeit, Hilfsmittel und Übergänge

In den Interviews wurden unter Gesichtspunkten der Finanzierung und Zuständigkeiten wiederholt drei besonders herausfordernde Aspekte aufgegriffen.

1. Vergütung der Sozialen Arbeit

«Das Wissen [von klinisch Sozialarbeitenden] muss man reinholen und das kostet halt auch etwas.» (3/30)

Die Vergütung der Sozialen Arbeit ist nicht einheitlich und klar geregelt, da die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit kein Gesundheitsberuf und daher nicht im Gesundheitsberufegesetz verankert ist, stattdessen ist sie jeweils (unterschiedlich) in den kantonalen Gesundheitsgesetzen deponiert. Hinzu kommen die in der Praxis nur begrenzt zur Verfügung stehenden zeitlichen und finanziellen Ressourcen für die Soziale Arbeit, um soziale Dimensionen der Patient:innen ausführlich

zu erfassen, sozialtherapeutisch agieren und die Leistungen kostenrelevant abrechnen zu können. Umfangreiche und relevante soziale Anamnese- und Diagnostikmöglichkeiten stünden zwar für die beratende sozialtherapeutische Arbeit für die Praxis zur Verfügung, kommen aber zu selten zur Anwendung, weil schlichtweg die zeitlichen und personellen Ressourcen, klare Vergütungssystematiken (z.B. können die Leistungen der Sozialen Arbeit in der Klinik nicht kostenrelevant über die Tarifsysteme abgerechnet werden) aber auch der Gesamtüberblick dazu fehlen.

«Also, eine Schnittstelle oder Herausforderung, die wir haben von der sozialen Arbeit, ist, dass wir nicht ein anerkannter Gesundheitsberuf sind. Das heisst, die Finanzierung der Leistungen der sozialen Arbeit, die sind nicht per se gedacht.» (12/3-5)

2. Hilfsmittel

Besonders herausfordernd scheint darüber hinaus auch die Finanzierung von Hilfsmitteln (vgl. Mittel- und Gegenständeliste, MiGeL, der Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) zu sein. Denn insbesondere im AHV-Rentenalter scheint es hier eine Lücke bei den Zuständigkeiten von Kostenträgern für Hilfsmittel zu geben. Für Hilfsmittel bei Berufstätigen ist die IV zuständig, die darüber eine berufliche Wiedereingliederung erreichen möchte. Im AHV-Alter sind die Interessen und Vergütungen aus einer IV nicht mehr gegeben. Aber auch im Falle von Vergütungen aus einer IV scheint eine verzögerte Bereitstellung und



Die Finanzierung von Hilfsmitteln scheint besonders im AHV-Rentenalter herausfordernd zu sein.

Finanzierung von Hilfsmitteln für die Patient:innen vorzuliegen, was eine Wiedereingliederung in die Länge ziehen kann, oder Leistungserbringer müssen in Vorleistung gehen, in dem sie den Patient:innen vor Kostengutsprache die notwendigen Hilfsmittel aushändigen.

Gerade bei psychischen oder Suchterkrankungen ist dann die Gefahr eines Absturzes besonders gross, wenn Behörden, Sozialdienst oder Spitex nicht über die Austritte informiert sind. Es geht also darum, bei Entlassungen aus den stationären Aufenthalten keine Zeit zu verlieren, Fristen

«Dass man sagen kann, hey, wenn ich das Hilfsmittel bekomme, kann der Patient eine Woche früher heim. Das interessiert eine IV nicht, weil die Heilungskosten zahlen die ja nicht. Oder? Und auf der anderen Seite eine Unfallversicherung, die interessiert es, weil sie sagen, ah okay, gut, eine Woche kostet uns mehr als das Hilfsmittel. Und ich glaube, dort eine Abhängigkeit zu schaffen, vielleicht als Appell für eine Politik, eine Abhängigkeit zu schaffen zwischen diesen verschiedenen Systemen, wer zahlt was im Gesundheitsbereich, könnte dazu führen, meiner Meinung nach, dass dadurch weniger Kosten entstehen.» (4/112)

3. Übergänge

An häufigsten wurde in den Interviews über Übergänge bzw. Übertritte von stationärer zu ambulanter Versorgung, v.a. wenn soziale Faktoren mitberücksichtigt werden sollten, diskutiert. Diese Übertritte können durch fehlendes Wissen der Fachpersonen, unklare Abläufe sowie unklare weiterführende Ansprechpartner:innen und Finanzierungsfragen charakterisiert sein, mit zum Teil drastischen Auswirkungen auf die Patient:innen. Denn bei Spitalentlassungen, denen tragfähige Anschlüsse und eine gute Absprache mit Nachsorgeorganisationen fehlen («blutige Entlassungen») (3/40), entstehen Versorgungslücken, und die Patient:innen können dann schlimmstenfalls «durch die Maschen fallen» (12/131; 1/7).

Besonders gravierend kann sich dies bei Menschen mit Suchterkrankungen auswirken. Wenn hier die Anschlüsse aus stationären psychiatrischen Settings nicht gewährleistet sind oder erst kurzfristig organisiert werden müssen, sind die Betroffenen ohne Austrittsgespräch und nachsorgende soziale Unterstützung wieder sich selbst überlassen.

zu wahren und die entsprechenden Schnittstellen (z.B. Spital – Reha; Spital – Gemeinde; Spital – Spitex; Reha – Gemeinde; Übergangspflege – Gemeinde/Spitex usw.) gut zu bedienen. Dabei müssen aber solche Kommunikationswege a priori mit den Patient:innen abgestimmt bzw. ihr Einverständnis eingeholt werden.

3.1.2 Mangelhafte Ressourcen und Berücksichtigung Sozialer Arbeit

«Ich glaube, im Bereich Gesundheit fühlt sich eigentlich niemand verantwortlich für soziale Aspekte. Weil die werden ihnen mehr oder weniger im Alltag halt noch aufgedrückt.» (6/7)

Für die Berücksichtigung sozialer Determinanten von Gesundheit und Krankheit sowie deren Erfassung braucht es in den verschiedenen Bereichen der Versorgung insgesamt mehr Zeit, Verständnis und Wissen.

«Oder eben, wenn jemand stationär ist/ (...) ja, das kann mehr oder weniger innerhalb von wenigen Tagen: Ja, übermorgen ist dann der Austritt. Oder? Und da kann man einfach schlicht nichts Brauchbares organisieren.» (5/19)

«Wir Hausärzte sind zeitlich überfordert. Ich kann die Leute nicht so begleiten und beraten, wie es nötig ist.» (13/15)

Auch in der Apotheke mangelt es an zeitlichen und personellen Ressourcen, psycho-soziale Unterstützung oder Betreuung für Ihre Kund:innen anzubieten, sofern das überhaupt von diesen gewünscht sei. Darüber hinaus fehlen auch das Wissen und die Kompetenz, um dann Patient:innen mit psychischen Fragestellungen adäquat weiterzuvermitteln.

Generell wird in den Interviews das in der Gesundheitsversorgung teils geringe bio-psycho-soziale Verständnis von Gesundheit und das mangelhafte gegenseitige Wissen des jeweils anderen Systems von Gesundheit und Sozialem deutlich kritisiert. Es braucht jedoch den Einbezug der Sozialarbeiter:innen neben den Gesundheitsfachberufen. Dieser Einbezug wäre v.a. bei Patient:innen mit psychischen Erkrankungen, chronischen Schmerzen, Multimorbiditäten oder anderen schwerwiegenden Erkrankungen äusserst wichtig, da deren Ursachen und/oder Folgen oft sozial geprägt sind. Erschwerend kommt hinzu, dass die Kompetenzen der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen nicht hinreichend bekannt sind oder dass es unterschiedliche Vorstellungen von den Rollen und Verantwortlichkeiten der Sozialen Arbeit gibt (Bsp.: Pflegeberufe verstehen unter einer Sozialanamnese etwas völlig anders als Sozialarbeiter:innen).

«Und wenn man die Systeme nacher zusammenbringen will, dann braucht man genau solche Leute, die die Logik vom Sozialwesen gut kennen und die Logik vom Gesundheitswesen gut kennen und vermitteln können. Und klinische Sozialarbeitende, die haben genau die Kompetenz. Weil sie beides kennen.» (3/48)

Weiter eingeschränkt wird die Integration und Kontaktaufnahme zur Sozialen Arbeit aus dem Gesundheitswesen heraus durch die Sorge vor Kompetenzverlust oder Konkurrenzdenken von Gesundheitsfachberufen, was dringend aufgeklärt werden müsste. Das gefährdet eine hochwertige Gesundheitsversorgung, denn insbesondere durch die Früherkennungen sozialer Gesundheitsrisiken durch Fachkräfte im Gesundheitssystem und die dadurch verbundene rechtzeitige Integration der Sozialen Arbeit könnten viele Abwärtsspiralen unterbrochen werden.

Patient:innen gelangen oft erst in die sozialen Strukturen, wenn es schon zu spät ist. Dem Gesundheitsfachpersonal ist teilweise nicht klar, dass es Fachleute gibt (bspw. in der Gemeinde), die bei gesundheitsbezogenen sozialen Problemen von Betroffenen unterstützen könnten und die dafür notwendigen Kompetenzen besitzen.

«Und vielleicht ist das den Ärzten wie nicht ganz klar oder dem Gesundheitspersonal, dass es möglicherweise auf der Gemeinde Fachleute hat, die hier Hand bieten könnten.» (5/67)

Durch diese Wissenslücken können nicht nur Versäumnisse in der Früherkennung, sondern auch Fehler in der Vorausplanung entstehen. Wenn z.B. im Gesundheitswesen Verfahrensfehler bei Antragstellungen an die IV gemacht werden, müssen diese ggf. von Sozialarbeiter:innen in ausgedehnten Verfahren korrigiert werden oder können gar negative Auswirkungen auf eine IV-Rente für Patient:innen haben. Eine Kommunikation zwischen Gesundheitsfachpersonen und Mitarbeitenden der Sozialdienste könnte solche Situationen vermeiden und stattdessen dazu führen, dass gemeinsam Strategien festgelegt werden, wie z.B. eine korrekte und fristgerechte IV-Antragstellung. Andererseits wird kritisiert, dass Hausärzt:innen wiederum aus Datenschutzgründen nicht über Entscheide der IV informiert werden. So gehen relevante Informationen verloren, die Hausärzt:innen jedoch bräuchten, um das passende weitere Vorgehen mit ihren Patient:innen besprechen zu können.

Aber auch wenn idealerweise die Soziale Arbeit im interprofessionellen Gefüge bzw. an den Schnittstellen zur Gesundheitsversorgung eingebunden wird und soziale Aspekte von Gesundheit berücksichtigt werden, werden von den interviewten Expert:innen weitere Herausforderungen berichtet.

«Und dann entsprechend mit Organisationen vom Sozialwesen Kontakt aufnehmen, dann den Kontakt mit dem Klienten aufzubauen, das ist alles mit sehr viel Aufwand verbunden.» (10/ 29)

Schnittstellen sind innerhalb von Gesundheitsinstitutionen (z.B. Spitälern) oder in der Kommunikation mit externen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens nicht immer nahtlos zu garantieren.

Selbst bei Bemühen um Kontaktaufnahme wird beschrieben, dass die jeweiligen Ansprechpartner:innen in sozialen Organisationen (das gilt auch vice versa) schwer zu erreichen sind. In der Folge wird die jeweilige Kontaktaufnahme dann den Patient:innen selbst überlassen, was oftmals von diesen jedoch nicht umgesetzt wird.

«...dass man einfach den Klienten sagt/ (...) nicht einen ersten Termin, einen ambulanten schon abmacht, sondern den Leuten einen Zettel in die Hand drückt und sagt: Sie müssen sich dann dort melden für einen Termin. Und das ist einfach für die einen schon eine zu hohe Hürde. Dann machen sie das wochenweise nicht.» (5/15)

Hier verstärkt der Fachkräftemangel zusätzlich die angespannte Lage, dass immer mehr Aufgaben auf weniger Schultern verteilt werden müssen, sodass soziale Determinanten nicht berücksichtigt oder Sozialarbeiter:innen umfangreich informiert und eingebunden werden können. Andererseits, wenn bislang funktionierende Schnittstellen zwischen Gesundheit und Sozialem bestanden, sind diese durch fehlendes Personal oder durch den Fachkräftemangel bedingte temporäre Anstellungen und das damit verbundene fehlende Wissen in ihrer Funktion beeinträchtigt oder in ihrem Bestehen gefährdet.

Es wird aber auch über unterschiedliche Reaktionen von Patient:innen berichtet, die auf soziale Themen und Unterstützungsmöglichkeiten aufmerksam gemacht werden. Es ist möglich, dass Patient:innen erleichtert reagieren, wenn diese Themen endlich angesprochen werden und darauf hingewiesen werden, dass zu den vorliegenden sozialen Problemen von Expert:innen Lösungen gefunden werden können. Andererseits könnte es als störend empfunden werden, wenn Fachpersonen aus dem Sozialen (z.B. von der Gemeinde) über die Situation der Patient:innen Kenntnis haben und versuchen, mit diesen Kontakt aufzu-

nehmen (es sollte daher immer die Erlaubnis der Patient:innen eingeholt werden, bevor deren Daten weitergegeben werden). Aus der Apotheke wird berichtet, dass fast alle Kund:innen lediglich ihre Medikamente und dort eher keine psycho-soziale Beratung erhalten wollen. Den Apotheker:innen scheinen hinsichtlich einer entsprechenden Intervention Grenzen gesetzt. Wenn z.B. im Gespräch mit Kund:innen ein Verdacht auf Medikamentensucht aufkommt, könne zumindest versucht werden, diesen subtil anzusprechen. Kund:innen können dann im Idealfall das Gespräch annehmen oder bei Ablehnung mit ihrem Anliegen einfach zur nächsten Apotheke gehen. Auch Ärzt:innen könnten beim Ansprechen von heiklen Themen (z.B. Kinderschutz) über einen möglichen Verlust ihrer Patient:innen besorgt sein, die dann zu anderen Ärzt:innen wechseln könnten.

Insgesamt braucht es mehr abgestimmte Prozesse und Programme, damit die verschiedenen Stellen aufeinander zugehen und sich lokal wertvolle Kooperationen (Spitäler, Hausarztpraxen, Pflegeheime, Reha, Gemeinden, Ämter und Behörden, Apotheken, Spitex etc.) finden, um Patient:innen gut zu betreuen. Zudem böten in vielen Fällen auch weitere Organisationen (Pro Infirmis, Pro Senectute, Vereine, Ligen, Selbsthilfegruppen ...) oder lokale Ansprechpartner (Vereine, Beratungsdienste...) Unterstützung an. Allerdings fehlt oftmals eben eine solche Übersicht zu diesen Institutionen, und vielen Fachpersonen aber natürlich auch Patient:innen ist deren Existenz und das entsprechende Angebotsportfolio nicht hinreichend bekannt bzw. es fehlen Zeit und Ressourcen des Personals, eine entsprechende Beratung anzubieten.

Zusammengefasst

Herausforderungen an den Schnittstellen:

- mangelhafte Koordination von Übergängen (Schnittstellenmanagement)
- mangelnder Einbezug der Sozialen Arbeit
- fehlende Berücksichtigung sozialer Determinanten
- unklare Zuständigkeiten und Finanzierung

3.2 Erfahrungsberichte

Die Erfahrungsberichte der betroffenen Patientin und zum Teil auch von den Expert:innen selbst zeichnen ein eher pessimistisches Bild im Zusammenspiel zwischen Gesundheits- und Sozialwesen.

«Ich finde, Leute, die nicht gesund sind, sind auch ein bisschen gestraft – ihnen gehen viele Sachen, gehen wie weg oder verloren.» (1/160,162)

Der Eindruck der Strafe aus dem Zitat und «Opfer des Systems» (1/140) zu sein, kann mit mehreren Erfahrungen in Verbindung gebracht werden.

Zunächst einmal ist es für Betroffene ein Stück weit Scham und Sorge vor einer Stigmatisierung, aufgrund von gesundheitlichen Problemen zur Sozialberatung bzw. zum Sozialamt zu gehen und Hilfe anzufordern, sodass das Gefühl bei Betroffenen erzeugt wird, versagt zu haben. Betroffene wagen daher diesen Schritt teilweise gar nicht, obwohl Ihnen vielleicht wichtige Sozialleistungen zustehen würden.

Wagen Betroffene jedoch diesen Schritt, wurde bei der befragten Patientin der Eindruck erweckt, dass es dann nicht so sehr um den Menschen an sich und seine berufliche Wiedereingliederung geht, sondern um den Menschen als Kostenfaktor für verschiedene Kostenträger und Versicherungen. Bspw. sind für Betroffene, die Ergänzungsleistungen erhalten, keine Zusatzverdienste möglich. Zusatzverdienstmöglichkeiten könnten jedoch helfen, soziale Aktivitäten (Teilhabe an der Gesellschaft, berufliche Wiedereingliederung, soziale Kontakte und Beziehungen, Kursteilnahmen, Ferien etc.) zu finanzieren und dadurch ermöglichen, wieder einen geregelten Tagesablauf einzunehmen.

Auch sonst scheinen Betroffene nicht ausreichend über die ihnen zustehenden Leistungen informiert zu werden. Die Betroffenen erfahren mitunter zufällig davon (z.B. von behandelnden Therapeut:innen), welche Leistungen ihnen ggf. zustehen würden, und es ist für sie extrem schwierig, alle Angebote zu überblicken.

Oft sind aber auch viele Betroffene mit ihren sozialen und gesundheitlichen Situationen einfach

überfordert. Viele Übergänge zwischen Gesundheits- und Sozialsystem sind nicht strukturiert oder standardisiert. Weitere Vorgehensweisen nach einem Spitalaufenthalt oder einer Rehabilitationsmassnahme (z.B. Anmeldung des/der Patient:in in einem Alters- oder Pflegeheim) werden zum Teil kurzfristig ohne Einbezug der Patient:innen bzw. deren Angehörigen (z.B. im Rahmen von Familiengesprächen) beschlossen. Das geht den Betroffenen oft zu schnell, es können falsche Entscheide getroffen werden, und Angehörige müssen dann korrigierend eingreifen oder sind schlichtweg überfordert. Besonders hart wird es dann für Betroffene, denen das Geld und die Energie fehlen, die sich mit Anträgen nicht auskennen, keine Angehörigen haben oder mit der Sprache nicht vertraut sind und folglich die ihnen zustehenden Leistungen und Unterstützungen weder überblicken noch einfordern können. Es ist dann leider so, dass insbesondere die Schwächsten, Betroffene aus tieferen Bildungsschichten oder finanziell schlechter Gestellte unter den bestehenden Strukturen leiden und dann «untergehen» (1/138) können.

Zusammengefasst werden können die Bedürfnisse von Betroffenenenseite für die Zukunft mit folgenden Stichpunkten: mehr Empathie und Wertschätzung für Betroffene; Freibeträge als Zusatzverdienstmöglichkeiten zu Ergänzungsleistungen; mehr Angebote und Finanzspritzen für Betroffene im Rahmen von sozialen Aktivitäten; zustehenden Leistungen den Betroffenen besser kommunizieren und Zugänge zu den Leistungen ermöglichen; bessere Verknüpfung von Gesundheit und Sozialem und mehr Zusammenarbeit zwischen den dabei involvierten Fachkräften. Explizit wird hervorgehoben, dass der Austausch zwischen den Fachpersonen im Gesundheits- und Sozialwesen sowie der Einbezug der Patient:innen und deren Angehörigen besser realisiert werden sollte. Und schliesslich wird erwähnt, dass es gut wäre, wenn man als Betroffene:r eine Ansprechperson oder eine Art Begleitung hätte, die einem die möglichen Leistungen und Angebote eröffnet.

Bei den benannten Einschränkungen berichten jedoch auch einige der Expert:innen, dass viele Übertritte von stationären zu ambulanten Settings unter Berücksichtigung von sozialen Aspekten auch positiv verlaufen können. Viele Abläufe sind situativ von den beteiligten Menschen und deren Engagement abhängig, mit denen man als Expert:in aber auch als Patient:in zu tun hat.

Aus der Erfahrung der Expert:innen heraus hat sich ebenfalls noch ein erwähnenswertes Thema

gezeigt, nämlich die Gratwanderung zwischen Fürsorge und Eigenverantwortung bzw. Autonomie von Patient:innen. Einerseits geht es darum, Unterstützung und Lösungen anzubieten, andererseits soll aber auch die Autonomie der Betroffenen gewahrt und an deren Selbstverantwortung appelliert werden. Auch wenn man versucht, mit den Patient:innen Lösungen zu finden, kann man trotzdem in ethische Dilemmata kommen:

«Also, man kommt dann sehr schnell in ethische Fragen, was man da darf und was man nicht darf, wenn sich jemand partout nicht helfen lassen will.» (6/111)

Im Grossen und Ganzen bleibt dennoch auch von den Expert:innen zu bilanzieren, dass die Übergänge zwischen Gesundheit und Sozialem nicht strukturiert, standardisiert und finanziell geregelt, sondern komplex, unkoordiniert, «handgestrickt» (6/45) und unübersichtlich sind.

«Ja, es ist nicht strukturiert, standardisiert, der Übergang von Gesundheitswesen und Sozialwesen.» (6/17)

3.3 Lösungsansätze zur besseren Verknüpfung von Gesundheit und Sozialem

Nachdem die derzeitigen Herausforderungen und Erfahrungsberichte an den Schnittstellen von Gesundheits- und Sozialsystem aus den Interviews zusammengefasst wurden, sollen darauf aufbauend die daraus resultierenden Konsequenzen und die damit einhergehenden Ansätze zur Verbesserung des Status Quo aufgezeigt werden. Im Allgemeinen können die Auswirkungen und Lösungsansätze übergeordnet in die folgenden vier Bereiche gegliedert werden.

3.3.1 Interprofessionelle, interinstitutionelle und intersektorale Zusammenarbeit

Im Zentrum der Bemühungen sollte zunächst einmal stehen, dass es um das Beste für die Patient:innen bzw. Betroffenen gehen sollte. Daher sollten sich die beteiligten Berufsgruppen aus Gesundheit und Sozialem fragen, wie sie sich gegenseitig optimal für eine qualitativ hochstehende Versorgung ergänzen können.

Als Fachperson sollte man sich dabei nicht abgrenzend von anderen Berufsgruppen, sondern als Teil eines Ganzen sehen.

«Also, wir sind alle Puzzles und am Schluss gibt's ein Ganzes.»
(12/508)

Das bedingt, dass viele verschiedene Berufsgruppen analog zu bio-psycho-sozialen Ansätzen von Gesundheit auf die Belange der Patient:innen schauen müssen, d.h. neben den grössten Berufsgruppen aus Medizin, Pharmazie, Pflege und Therapien ist bei entsprechenden Indikationen schliesslich auch die Soziale Arbeit zu berücksichtigen. Es braucht hierzu nämlich ein mit Blick auf soziale Gesundheitsaspekte geschultes Personal und Fachkräfte, die die sozialen Dimensionen von Gesundheit und Krankheit erfassen können. Das ist ein komplexes Geschehen und braucht eine fundierte Ausbildung sowie entsprechende Ressourcen im Alltag. Das bedingt wiederum, dass die jeweiligen Berufe ein gemeinsames Verständnis und Ziel für die Patient:innen haben. Es wird berichtet, dass dann die (interprofessionelle) Arbeit wirksamer, effizienter und für die beteiligten Fachpersonen auch freudvoller sei.

«Soziale Probleme kommen selten allein.» (10/31)

Patient:innen müssen mit ihrem gesamten Umfeld einbezogen werden, d.h. dass das ganze Familien- und Bezugssystem in die Versorgung integriert werden muss. Sonst können die Belastungen nach Entlassungen aus stationärem oder Reha-Aufenthalt zuhause für die Betroffenen wieder zu gross sein. Der Übertritt vom stationären Aufenthalt in den Alltag darf daher nicht als Fähigkeit des Individuums (Patient:in), sondern muss als Systemkompetenz verstanden werden.

Vor allem bei älteren Menschen sollten die Austritte aus stationären Settings gut vorbereitet und mit nachsorgenden Einrichtungen oder den Angehörigen gut abgestimmt sein. Patient:innen und deren Angehörige müssen daher in die weiteren Entscheidungen miteinbezogen werden. Wünschenswert wäre, wenn der Sozialdienst des Spitals oder der Rehaeinrichtung bereits bei Eintritt der Patient:innen proaktiv mit den Sozialdiensten, dem Sozialamt bzw. der Gemeinde des Betroffenen Kontakt aufnehmen würde,

auch wenn Übertritte aus dem Spital kurzfristig geplant oder immer wieder verschoben werden müssen. Denn in den Sozialdiensten deponierte Anliegen benötigen zum Teil mehrere Wochen Bewilligungszeit, zudem müssen oft «handgestrickte» (6/45) Lösungen gefunden werden, die finanziert werden können.

Das Beispiel der Übertritte bzw. Entlassungen aus stationären Settings zeigt, dass die Schnittstellen und die entsprechenden Zuständigkeiten genau definiert werden müssten. Dabei sollte auch die Frage adressiert werden, wann Fachkräfte aus dem Sozialwesen ans Gesundheitswesen verweisen und umgekehrt. Bei diesem Zusammenspiel aus Gesundheitsfachberufen und Sozialer Arbeit ist als Voraussetzung Überzeugungsarbeit in der Bildung aber auch in der Versorgungspraxis gegen Kompetenzverlustängste einzelner Gesundheitsprofessionen zu leisten, wenn Soziale Arbeit mit in die Zusammenarbeit integriert wird. Dies muss in Aus- und Weiterbildung zum Thema gemacht werden, und in der Versorgungspraxis müssen Gelegenheiten zum Austausch und zur (interprofessionellen) Zusammenarbeit geschaffen werden.

Stabile Netzwerke und gute Kooperationen würden hierfür eine gute Grundlage der Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Fachkräften in Gesundheit und Sozialem legen. Zur konkreten Patientenversorgung wäre es besonders sinnvoll, vor allem lokale Netzwerkaktivitäten an den jeweiligen Schnittstellen anzubahnen, wie z.B. von stationären Einrichtungen, Rehaeinrichtungen, Hausarztpraxen, Apotheken, Pflege- und Altersheimen, Sozialämtern/-diensten, Gemeinden oder Spitexdiensten.



Zur optimalen Versorgung braucht es stabile Netzwerke von Akteuren im Gesundheits- und Sozialsystem.

Denkbar wäre aber auch je nach Frage- und Zielstellung der Einbezug von weiteren Institutionen auf verschiedenen Ebenen und Bereichen:

- Gemeinde, Kanton, Bund (z.B. Beistandschaften, Kinder- und Erwachsenenschutzbehörde, Nachbarschaftshilfe, Quartiervereine, inter-institutionelle Zusammenarbeit, Gesundheits- und Sozialdirektor:innen-Konferenzen)
- Kostenträger bzw. Sozialversicherungen
- Berufs- und Fachverbände (z.B. Hausärztnetzwerke, Schweizerische Fachverband für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit [SAGES]...)
- Vereine und Ligen (z.B. Pro Infirmis, GELIKO - Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz, Pro Senectute, Gesundheitsnetz 2025...)
- Patienten- bzw. Betroffenenorganisationen (Alzheimervereinigung, Krebsliga, Schweizer Paraplegiker-Vereinigung)
- Bildungsinstitutionen und Praxisinstitutionen mit Bildungsauftrag

Ähnliche Ansätze, wie z.B. die interinstitutionelle Zusammenarbeit (IIZ, Zusammenarbeit von regionaler Arbeitsvermittlung, Sozialhilfe, Invalidenversicherung und Berufsberatung, wenn gesundheitliche und soziale Probleme bei einer arbeitssuchenden Person auftreten), wurden von den Interviewten aufgrund ihrer hohen Komplexität und dem hohen administrativen Aufwand mit gebremstem Enthusiasmus benannt. Daher sollte daran gedacht werden, virtuelle Plattformen und gemeinsam nutzbare Online-Dokumentations- und Kommunikationssysteme zu etablieren, was die Vernetzung unterstützen und das Kommunizieren vereinfachen könnte. Wichtig wäre, einen niederschweligen Informationsfluss zwischen medizinischem und sozialem System oder von jeweils kooperierenden Institutionen herzustellen.

Ein Schwerpunkt für die Gesundheitsversorgung der Zukunft liegt in der patientennahen und ambulanten Versorgung. Eine besondere Funktion nimmt daher für viele der Interviewten die Spitex ein, als wichtiger Dreh- und Angelpunkt für Schnittstellen zum Sozialdienst. Die Mitarbeitenden der Spitex sind direkt bei den Patient:innen zuhause und registrieren, wenn zuhause bei den Patient:innen etwas nicht stimmt, z.B. wenn sich die Post stapelt, unbezahlte Rechnungen vorliegen, eine Demenz sich bemerkbar macht, die Personen sich isolieren oder die Situation einfach desolat wird. Dann wäre es gut, wenn der Kontakt zum Sozialdienst geknüpft wird. Vereinzelt wird postuliert, dass auch direkt in der Spitex Sozialarbeiter:innen bzw. Fachkräfte mit Expertise zum Sozialsystem angestellt werden sollten.

Auch aus dem Bereich der Apotheke wird Interesse gezeigt, sich interprofessionell stärker zu vernetzen, was jedoch unterstützt und vergütet werden müsste. Als interprofessionelle Schnittmengen werden hier insbesondere diejenigen zu den Hausärzt:innen, zur Spitex oder zu Heimleitungen, die für ihre Patient:innen die Medikamente verschreiben bzw. bestellen oder abholen, aufgeführt. Auch wenn dann von Seiten der Apotheker:innen nur wenig Möglichkeiten zum Einschreiten bilanziert werden, so könnten doch durch intensivere interprofessionelle Austausche mehr Informationen über die Betroffenen eingeholt werden, was letztlich die Patient:innensicherheit erhöhen würde.

Rettungssanitäter:innen könnten ebenfalls eine gute Quelle zum interprofessionellen Einbezug sein, da sie die speziellen Situationen im jeweiligen Zuhause der Betroffenen sehen bzw. kennen. Aber auch sie brauchen entsprechendes Wissen, wer dann zu informieren ist.

In den Interviews wurden interessante Best-Practice-Beispiele erwähnt, die nun an dieser Stelle stichpunktartig aufgezeigt werden sollen, auch um noch den ein oder anderen Hinweis zu den oben genannten interprofessionellen, interinstitutionellen und intersektoralen Ansätzen zu unterstreichen und zu ergänzen:

Best-Practice-Beispiele aus der interprofessionellen Versorgungspraxis

- Je nach Setting und Fragestellung wird in verschiedenen Beispielen von Erweiterungen des bestehenden interprofessionellen Teams aus Medizin, Pflege und Therapien berichtet, und zwar durch Sozialberatung, Sozialdienste, berufliche Wiedereingliederung, Psychologie, Soziale Arbeit oder auch Sozialpädagogik. Für die interprofessionellen Austausche unter Einbezug der Sozialarbeitenden werden in unterschiedlich zeitlichen Abständen Rapor-te, Reflexionen, Austauschtreffen, Fallbesprechungen oder «Round-Tables» als gelungene Settings erwähnt.
- Es lohnt sich zudem, nach den Bedarfen und Bedürfnissen der Patient:innen zu fragen. In einem Beispiel aus der Praxis wird davon berichtet, nicht nur zu schauen, was Patient:innen mit Blick auf die Behandlung in der Klinik sondern auch mit Blick auf Austritt und Nachbehandlung aus Sicht der Medizin, Pflege oder Sozialen Arbeit benötigen.
- Zur Verstärkung des Sozialdienstes wurden in einer Institution sehr erfolgreich Pflegekräfte mit Hintergrund in Case-Management in das

Team des Sozialdienstes integriert, wobei gegenseitige Wissenszuwächse generiert wurden, sodass alle voneinander profitieren könnten.

- In diversen Praxen der ambulanten Versorgung wurden erfolgreich Sozialarbeitende integriert, z.B. in Hausarztpraxen oder psychotherapeutischen Praxen.

Best-Practice-Beispiele von übergeordneten Massnahmen

- In einer Gruppe von Pflegeheimen wurde zur besseren Koordination freier Plätze ein spezifischer Beratungsdienstes etabliert, was die Anfrage von Spitälern zur Weiterversorgung ihrer Patient:innen sehr erleichtert.
- Eine stationäre Institution aus dem Gesundheitswesen hat Austauschtreffen und -phasen für kooperierende (nachsorgende) Institutionen (z.B. Pflegeheime) organisiert, um gegenseitig von- und miteinander zu lernen, den Kontakt zu knüpfen bzw. aufrechtzuerhalten.
- Eine Rehaeinrichtung hat Austauschtreffen mit integriertem Weiterbildungsanteil für die zuweisenden Sozialdienste zum Austausch und Kennenlernen organisiert.
- Bei einer Spitex wurden Sozialversicherungsbeauftragte eingestellt, um dort Vergütungsfragen, v.a. mit den Krankenkassen, zu klären.
- In einem universitären Schmerzzentrum wurde eine sozialmedizinische Sprechstunde konzipiert und erfolgreich umgesetzt.
- In einem Spezialzentrum können Hilfsmittel für Patient:innen mithilfe einer Stiftung frühzeitig ausgegeben und bis zur Vergütung zwischenfinanziert werden.
- Eine kantonale «Gerontologische Beratungsstelle» arbeitet sozialmedizinisch individuelle Lösungen für Betroffene aus.
- Gremien in Gemeinden wurden ins Leben gerufen, die überlegen, wie Gesundheits- und Sozialversorgung besser aufeinander abgestimmt werden können.
- In einer Gesundheitsregion wurde für Menschen aller Generationen ein Beratungsdienst (eine «Drehscheibe») zur Begleitung im häuslichen Umfeld und zur Pflege im Alter projektiert.
- Auch aus dem Ausland werden Beispiele benannt, wie z.B. miteinander gekoppelte Klinikinformationssysteme (E-Health) in Dänemark oder die «Maisons Medicales» in Belgien, Gesundheitszentren der Erstversorgung, in denen fast überall auch Sozialarbeitende angestellt sind.

3.3.2 Bildung

Es braucht die Kenntnis bei den Gesundheitsfachberufen dafür, dass es eine Profession gibt, die Soziale Arbeit, die sich um soziale Fragen kümmert. Das Bildungswesen wird dazu als äusserst relevanter Bereich angesehen, um die Verknüpfung zwischen Gesundheit und Sozialem in der Versorgungspraxis besser anzubahnen.

Von den Interviewteilnehmer:innen wurde postuliert, dass die verschiedenen Sozial- und Gesundheitsfachberufe bereits in der Ausbildung Gelegenheit haben sollten, sich auszutauschen, um voneinander und übereinander lernen zu können. Dadurch kann ein besseres gegenseitiges Verständnis erzeugt werden, sodass das relevante Wissen zu den Schnittstellen von Gesundheit

aufgenommen werden. Aber auch interprofessionelle Projektarbeiten oder die Integration von Referent:innen bzw. Expert:innen aus den jeweils anderen Bereichen wären ein Benefit für die Bildung. Zusätzlich werden Netzwerke bzw. Qualitätszirkel für Hausärzt:innen im Rahmen des Hausarztmodells benannt, in denen Fachleute aus dem Sozialbereich referieren und informieren, in denen aber auch erfahrenere Kolleg:innen ihr Wissen in diesem Bereich an die jüngeren Hausärzt:innen weitergeben können.

Als Grundlage dafür wird eine engere Zusammenarbeit zwischen den Bildungsinstitutionen, besonders den (Fach-)Hochschulen gefordert, um interprofessionelle Angebote, Projekte und Bildungssettings zu initiieren und voranzutreiben.

«Ich bin überzeugt, dass eine engere Zusammenarbeit zwischen den Departementen der Fachhochschulen, also wenn wir jetzt grad Gesundheit und Soziale Arbeit nehmen, eine wahnsinnige Chance wäre für beide Seiten. Wenn man dort viel mehr Projekte machen würde, die fachbereichsübergreifend sind oder departementsübergreifend sind, wo man gemeinsame Projekte erarbeiten würde und sichtbar machen, was sind die Stärken des Gegenübers, wie können wir zusammen so arbeiten, dass wir alle zusammen davon profitieren? Das finde ich eine Chance, die weitgehend noch brach liegt. (3/84)

und Sozialem bereits in der Ausbildung erfahren wird und nicht mühsam und eigenständig im Berufsleben über «learning by doing» erarbeitet werden muss.

Aus den Interviews konnten übergeordnete Strategien sowie konkrete Ansätze und Inhalte zum Thema Bildung herausgeschält werden.

Übergeordnete Strategien

In der Bildung (Aus, Fort- und Weiterbildung) sollte zumindest ein Grundverständnis für die Schnittstellen zwischen Gesundheits- und Sozialsystem hergestellt werden, um zu einer gemeinsamen Haltung, einem interprofessionellen Habitus der beteiligten Professionen zu kommen. Dazu ist kein Detailwissen des jeweils anderen Systems nötig.

Hierzu wird vorgeschlagen, Inhalte des jeweils anderen Systems in die Lehrpläne in der Ausbildung aufzunehmen aber auch in der Weiterbildung zu berücksichtigen. In die Curricula von Gesundheitsfachpersonen können bspw. Hospitationen/Praktika in sozialen Bereichen

Es wird einschränkend festgestellt, dass es in der Schweiz keinen eigenständigen Masterstudiengang für gesundheitsbezogene / klinische Soziale Arbeit gibt. Als Grund wurde die noch zu geringe Nachfrage nach so einem Studiengang benannt. Einige Interessierte absolvieren einen Master für Klinische Sozialarbeit in Deutschland und bringen das angeeignete Wissen dann in die Schweiz zurück.

Bildungssettings und -inhalte

Als relevante Inhalte zur Bildung werden mit Blick auf Gesundheits- und Sozialwesen unterschiedliche Logiken, Finanzierungen und zugrundeliegende Gesetze bilanziert, aber natürlich sollten auch soziale Determinanten der Gesundheit sowie das bio-psycho-soziale Verständnis von Gesundheit und Krankheit gelehrt werden.

Konkrete Themen und Themenbereiche für die Bildung sind vielfältig, darunter werden benannt:

- bio-psycho-soziales Verständnis von Gesundheit und Krankheit sowie soziale Determinanten der Gesundheit
- mit Blick auf Gesundheits- und Sozialsystem:



Für Betroffene wäre eine Begleitperson ideal, die sich sowohl im Gesundheits- als auch im Sozialsystem gut auskennt.

unterschiedliche Zuständigkeiten, (Sozial-) Versicherungen, Finanzierungssysteme und -logiken inkl. rechtlicher Rahmenbedingungen; Rollen und Verantwortungsbereiche von Gesundheitsfachberufen und der Sozialen Arbeit; Institutionen des Sozialen Systems und deren Aufgaben

- Schnittstellenmanagement, Übertrittsthematiken (stationär – ambulant; Gesundheitssystem – Sozialsystem), Antragstellungen, Wiedereingliederung und Case Management
- Massnahmen zum Arbeitsplatzverlust
- psychologische Grundlagen, um Betroffene mit psychischem Unterstützungsbedarf in der Apotheke zu begleiten
- interprofessionelle Kommunikation und Möglichkeiten zum (elektronischen) Datenaustausch
- Gesundheitsförderung und Prävention
- Beleuchtung insbesondere des ambulanten Bereichs der Versorgung

Durchgeführt und adressiert werden könnten solche Inhalte bspw. im Rahmen von interprofessionellen Bildungssettings, einer interprofessionellen Blockwoche, von interprofessionellen Modulen oder von Fallbesprechungen aus Sicht von Gesundheit und Sozialem, um die Annäherung der Systeme zu fördern. Fächerübergreifende

Projekte werden ebenfalls als sinnvoll angesehen, an denen Studierende aus Sozial- und Gesundheitswesen zusammenarbeiten und in denen jeweils die Stärken des Gegenübers sichtbar wären und wovon man voneinander lernen kann. Davon können schliesslich auch Gesundheits- und Sozialwesen nachhaltig profitieren.

3.3.3 Navigations- und Vermittlerfunktion

«Aber grundsätzlich finde ich es gut, wenn jemand die Koordination vom Ganzen übernimmt. Wer auch immer das dann ist.» (5/131)

Es wäre ohne Zweifel gut, wenn Patient:innen mit sozialem Unterstützungsbedarf im Gesundheitswesen Begleiter:innen hätten, die sich auch in den gesundheitsbezogenen sozialen Bereichen auskennen, die Schnittstellen der beiden Systeme kennen und daraus heraus eine übergeordnete Gesamtkoordination übernehmen könnten.

Ein solcher Navigator müsste über Wissen zum Sozial- und Gesundheitswesen verfügen, die unterschiedlichen Systematiken, Logiken und Finanzierungssysteme kennen, Betroffene durch

das Labyrinth vom Gesundheits- und Sozialwesen lotsen und dazu zwischen beteiligten Institutionen bzw. bestehenden Netzwerken vermitteln können. Es braucht jemanden, der einen Überblick hat über die Leistungen der Krankenversicherungen aber auch gleichzeitig die Sozialkosten im Blick hat.

«Man braucht Dolmetschende in der Praxis, Dolmetschende, Vermittlerinnen und Vermittler zwischen diesen Systemen.» (3/50)

Unter den befragten Expert:innen kursierten mehrere Begrifflichkeiten, die für eine solche Navigationsfunktion benutzt werden, wie Gesundheitslotse, Case/Fall Manager, Begleiter, Fachperson Soziales im Gesundheitswesen, Fachperson Gesundheit und Soziales, Vermittler, Gesundheitscoach, Drehscheibenfunktion.

An dieser Stelle sei vermerkt, dass das Case Management bereits eine ähnliche Richtung einschlägt, allerdings wird einschränkend erwähnt, dass das Case Management oftmals einzelnen Bereichen zugeordnet ist (Krankenkassen, Gemeinden, Sozialversicherungen...) und daher nicht übergeordnet, objektiv und unabhängig agieren kann. Positiv angemerkt wird jedoch, dass Case Manager:innen oft eine kombinierte Ausbildung besitzen, also Pflegeausbildung/-studium plus Studium der Sozialen Arbeit.

Zur Diskussion, wer diese Rolle eines solchen Navigators einnehmen könnte oder ob es dazu einen neuen Bildungsgang oder eine spezifische Weiterbildung braucht, gab es unterschiedliche Meinungen. Dabei werden zunächst allgemein Gesundheitsfachberufe (therapeutische Berufe, Ärzt:innen, Pflegeberufe und Fachfrau/-mann Gesundheit), Berufe aus dem Sozialbereich (Fachfrau/-mann Betreuung, klinische Soziale Arbeit) benannt. Wichtig scheint den Interviewten jedoch zu sein, dass diese Navigationsfunktion eine Fachperson mit längerfristigem und engem Bezugsrahmen zu den Patient:innen übernehmen müsste, wobei hier Fachkräfte im Spital oder generell Ärzt:innen aufgrund der zu knappen Ressourcen nicht in Frage kämen. Weiterhin werden Berufe mit spezifischen Weiterbildungen oder Aufbaustudiengängen (z.B. Advanced Practice Rollen aus der Pflege, eine Pflegefachkraft mit Studium Soziale Arbeit oder Weiterbildung in

Case Management; Sozialarbeitende mit entsprechender Weiterbildung) vorgeschlagen und auch überlegt, ob für eine Navigationsfunktion neue Berufsbilder nötig seien, wie z.B. eine Fachperson Gesundheit und Soziales. Kritisch wird angemerkt, ob diese Funktion überhaupt eine einzelne Person bzw. Berufsgruppe allein wahrnehmen kann, oder ob diese Navigationsfunktion vielmehr das Produkt einer interprofessionellen Teamleistung ist.

Auch zur Diskussion, wo eine solche Lotsen-Stelle dann angegliedert sein könnte, wurden insbesondere Gemeinde und Spitex ins Spiel gebracht, aber auch überlegt, ob die für Übergangspflege spezialisierten Gesundheitszentren eine Möglichkeit zur Ansiedelung wären. Wie bereits ausgeführt, ist die Spitex ein wichtiger Dreh- und Angelpunkt und könnte daher eine gute Schnittstelle zwischen Gesundheit und Sozialem sein. Zudem sind die Mitarbeitenden der Spitex nah an den Patient:innen zuhause und könnten sozialen Unterstützungsbedarf wahrnehmen und dann triagieren.

Natürlich stellt sich gleichzeitig die Frage nach der Finanzierung und der langfristigen Implementierung einer solchen Navigations- oder Lotsenfunktion. Eine Spitex kann i.d.R. wiederum nur Leistungen aus dem Krankenversicherungsgesetz, die sogenannten Heilungskosten, abrechnen, Betreuungsleistungen sind hier nicht vorgesehen. Auch wenn keine abschliessenden Ideen dazu vorliegen, bräuchte es wahrscheinlich einen Finanzierungsmix bzw. -topf (in den verschiedenen Institutionen einzahlen), v.a. da eine solche Koordinationsaufgabe in der Versorgung im Allgemeinen finanziell nur ungenügend abgegolten wird. Zu einer langfristigen Sicherung der Finanzierung müsste daher überlegt werden, ob Gemeinden oder Kantone sich an solch einer Finanzierung massgeblich beteiligen würden.

«Man kann zum Beispiel die Person ja direkt anstellen [bei der Gemeinde], sie gehört aber zur Spitex rein. Und dann hast du alles zusammen. Weil die Spitex ist vor Ort! Die sind da!» (8/117)

3.3.4 Gesetzliche und finanzielle Rahmenbedingungen

Es kann sein, dass Engagements und wichtige Veränderungen im Bereich von gesundheitsbezogenem Sozialem wenig Aufmerksamkeit und Anerkennung in der Bevölkerung bringen und daher in der Gemeindepolitik stiefmütterlich behandelt werden. Noch dazu können Geldflüsse ins Soziale Auswirkungen auf die Steuerhöhe haben. Insgesamt müssen hier bessere Anreize gesetzt werden, um die Attraktivität von Engagements in gesundheitsbezogene soziale Themen von Seiten der Gemeindepolitik zu steigern. Die Gemeinden müssen davon überzeugt werden, dass es einen Nutzen hat, wenn wichtige soziale Dienstleistungen für ihre Bevölkerung angeboten werden.

Es wurde auch offensichtlich, dass der Sozialen Arbeit die entsprechende Anerkennung und Wertschätzung fehlt. Da in der Schweiz gesundheitsbezogene (klinische) Sozialarbeit kein Gesundheitsberuf und damit nicht im Gesundheitsberufegesetz verankert ist, soll gesundheitsbezogene Soziale Arbeit als Gesundheitsberuf diskutiert werden. Dies könnte nicht nur die Akzeptanz der Sozialen Arbeit erhöhen, sondern auch Vergütungsfragen ihrer Tätigkeiten erleichtern. Dazu sind wiederum weitere Anpassungen auf gesetzlicher Ebene (Bund, Kanton, Gemeinde) notwendig, damit Sozialer Arbeit neben mehr Anerkennung auch eine gewisse Finanzierungssicherheit zukommt.

«Und es braucht eine politische Einsicht, dass da künstlich zwei Systeme geschaffen werden und damit auch Systemgrenzen geschaffen werden, die relativ undurchdringlich sind, was aber so nicht müsste und von mir aus gesehen eben auch nicht stehen bleiben dürfte. Das müsste viel durchlässiger werden, die Grenzen.» (3/20)

Die unterschiedlichen Finanzierungslogiken der Systeme müssen generell besser aufeinander abgestimmt und voneinander abhängig werden. Es braucht gegenseitige Finanzierungsmöglichkeiten und neben betriebswirtschaftlichem auch volkswirtschaftliches Denken. Es bestehen, wie weiter oben ausgeführt, finanzielle Fehlanreize, wogegen die Politik verstärkt Abhängigkeiten zwischen

den Systemen schaffen muss. Insbesondere die Lücken in der Finanzierung von Hilfsmitteln im AHV-Alter scheinen dringend eine klare Regulierung zu benötigen.



Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit braucht mehr Akzeptanz und Anerkennung.

Insgesamt wünscht man sich von politischer Seite weiterhin Unterstützung zum Aufbau von Navigationsstellen, zum Aufbau von digitalen Plattformen, wie auch zum Prüfen innovativer Versorgungsmodelle inklusive zugehöriger Begleitforschung.

Zusammengefasst

Lösungsansätze zur besseren Verknüpfung

- interprofessionelle, interinstitutionelle Zusammenarbeit und Netzwerkfähigkeit
- Entwicklung digitaler Austauschplattformen
- Etablierung der Sozialen Arbeit als Gesundheitsberuf
- Entwicklung einer Navigations- und Vermittlerfunktion
- Entwicklung eines gegenseitigen Verständnisses in der (interprofessionellen) Bildung
- verstärkte Berücksichtigung der Sozialen Arbeit und des bio-psycho-sozialen Ansatzes

3.4 Ein Blick in die Zukunft – Visionen und Bedürfnisse

Die Interviewteilnehmenden wurden abschließend nach Bedürfnissen und Visionen für die nächsten zehn Jahre befragt. Die dabei benannten Aspekte konnten in drei Bereiche gegliedert werden und verdeutlichen weitestgehend die bereits besprochenen Herausforderungen und Lösungsansätze.

3.4.1 Gesetzgebung und Finanzierung

In erster Linie sollte es auf dieser Ebene darum gehen, sozialen Aspekten und deren Einfluss auf die Gesundheit insgesamt mehr Aufmerksamkeit, Bedeutung und Anerkennung zu geben. Dies impliziert, dass finanzielle Fehlanreize gelöst werden müssen. Es gilt daher, das Zusammenspiel der verschiedenen Kostenträger für eine nachhaltige qualitativ hochstehende Behandlung der Betroffenen aufeinander abzustimmen. Dazu braucht es Ressourcen und Finanzmittel, die von öffentlicher Hand, der Politik bereitgestellt werden müssen. Dabei ist auch zu diskutieren, ob die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit in einen Gesundheitsberuf überführt werden sollte. Dies, um mehr Druck und auch Verpflichtung zu erwirken, damit sich die Versorgungspraxis stärker an den Schnittstellen zwischen Gesundheit und Sozialem ausrichten muss.

3.4.2 Interprofessionelle und interinstitutionelle Zusammenarbeit

Grundlegend wird gewünscht, dass die soziale und medizinische Seite die jeweils andere Seite in ihren Tätigkeiten mitdenkt und beide Seiten mit gegenseitiger Wertschätzung und Akzeptanz aufeinander zugehen. Hierbei wünscht man sich nicht nur einen Austausch der jeweiligen Fachkräfte innerhalb von Institutionen, sondern auch einen verstärkten Austausch und Kontaktpflege zwischen den Institutionen, die im Gesundheits- und Sozialbereich angesiedelt sind. Als besonders relevant werden dabei Übertritte von Patient:innen vom Gesundheits- ins Sozialwesen benannt. Diese sollten unter Einbezug der Familien/Angehörigen der Betroffenen stattfinden und rechtzeitig z.B. mit der Gemeinde bzw. den Sozialdiensten abgestimmt werden, damit gute Lösungen für die Betroffenen gefunden werden können. Visionär werden zur Erleichterung der interprofessionellen und interinstitutionellen Arbeit gemeinsame elektronische Dokumentationssysteme oder digitale Austauschplattformen (ggf. auch über das Patientendossier) benannt, wobei eben Angehörige der Sozialen Arbeit oder Institutionen des Sozialwesens (unter Berücksichtigung des Datenschutzes) mit aufgenommen werden sollten.

3.4.3 Berufsbilder

Weitere Wünsche und Empfehlungen beinhalten das Schaffen neuer Berufsbilder. Darunter finden sich Begriffe wie das Berufsbild einer Fachperson Gesundheit und Soziales, eines Gesundheitscoaches und Patientenmanagers oder die Etablierung eines spezialisierten Weiterbildungsgangs zu Navigationsfunktionen an der Schnittstelle zwischen Gesundheit und Sozialem.

Es wird in Zukunft auch darum gehen, junge Menschen für Gesundheits- und Sozialberufe in Zeiten des Fachkräftemangels zu begeistern. Hier könnten neue Bildungsgänge oder Weiterbildung spannende Aspekte liefern, zumal diese ja auch andere Gesundheitsfachberufe an einigen Stellen entlasten könnten.

Summa summarum stehen die Patient:innen bzw. die Betroffenen im Mittelpunkt. Weder sollten hierbei Betroffene durch die Maschen fallen, noch sollten die Schwächsten auf der Strecke bleiben. Interinstitutionelle und interprofessionelle Kooperationen gilt es aufzubauen und zu nutzen, damit Patient:innen im Mittelpunkt stehen und nicht zum Spielball von Interessen der Politik, einzelner Institutionen oder diverser (Sozial-)Versicherungen werden.

Zusammengefasst

Blick in die Zukunft – Visionen

- Politik, Gesetzgebung, Finanzierung – Lösen von finanziellen Fehlanreizen
- interprofessionelle, institutionelle Zusammenarbeit – mehr gegenseitige Akzeptanz und Wertschätzung
- Schaffen neuer Berufsbilder oder Weiterbildungsgänge
- Patient:innen bzw. Betroffene in den Mittelpunkt stellen

3.5 Bildliche Darstellung der wichtigsten Ergebnisse

Basierend auf den Quintessenzen der Interviews zeigt Abbildung 1 eine zusammenfassende Darstellung der relevanten Inhalte in den jeweiligen Bereichen «Herausforderungen an den Schnittstellen», «Lösungsansätze zur besseren Verknüpfung» und «Blick in die Zukunft – Visionen».



Abbildung 1: Zusammenfassende Darstellung der wichtigsten Aspekte aus den Interviews.

4 Schlussfolgerungen und Ausblick

Soziale Faktoren haben im Rahmen eines biopsychosozialen Verständnisses einen relevanten Einfluss auf Gesundheit und Krankheit und müssen daher in der Versorgung von Patient:innen mitberücksichtigt werden. Die Systeme aus Gesundheit und Sozialem sollten es folglich ermöglichen, dass Expert:innen aus den Gesundheitsfachberufen und der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit enger zusammenarbeiten können.

Die vorliegende qualitative Befragung liefert nun fundierte Einblicke in konkrete Herausforderungen und Erfahrungen an diesen Schnittstellen und bilanziert darauf aufbauend Lösungsmöglichkeiten zur Verbesserung der Zusammenarbeit.

Insgesamt dokumentieren die Interviews mit 13 Expert:innen und einer Patientin mitunter gravierende Herausforderungen im Zusammenspiel zwischen Gesundheits- und Sozialwesen sowie einen damit einhergehenden dringenden Handlungsbedarf.

Die Herausforderungen verdeutlichen die fehlenden Übersichten, unklaren Zuständigkeiten und Finanzierungssystematiken, wenn es um die Unterstützung von Patient:innen geht, die die Schnittstellen von Gesundheit und Sozialem beanspruchen. Daneben werden klare Strukturen und Regulierungen bei der Versorgung mit Hilfsmitteln und Übergängen zwischen stationären, nachsorgenden, ambulanten bzw. häuslichen Versorgungsstrukturen gefordert. Eindrückliche Betroffenenberichte dokumentieren weitere Unstimmigkeiten, wie z.B. die fehlenden Zusatzverdienstmöglichkeiten bei Bezug von Ergänzungsleistungen; sie liefern aber gleichzeitig auch Ideen und Wünsche zur Veränderung, wie z.B. eine bessere Kommunikation von zustehenden Leistungen oder die Unterstützung durch kundige Begleiter:innen.

Lösungsmöglichkeiten sind ebenfalls breit gefächert. Diese beziehen sich vor allem auf eine stärkere Wahrnehmung von Sozialer Arbeit sowie die Diskussion, Soziale Arbeit als Gesundheitsberuf anzuerkennen, was auch Vergütungssituationen erleichtern würde. Interprofessionelle Zusammenarbeiten und interinstitutionelle Netzwerkstrukturen könnten die Kompetenzen der Sozialen Arbeit verdeutlichen, den Einbezug sozialer Determinanten in der Versorgung stärken und damit insgesamt die Qualität der Gesundheitsversorgung verbessern. Die Politik könnte viele Prozesse initiieren, auf verschiedenen Ebenen (Gesetzgebung, Kantone, Gemeinden...) weiterdenken oder finanziell unterstützen.

Besonders evident wurde die Bedeutung von interprofessionellen Bildungssettings sowie die damit verbundene Annäherung von Bildungsinstitutionen von Gesundheitsfachberufen und der Sozialen Arbeit. Es braucht weiterhin gute Übersichten zu Leistungen, Organisationen und weiteren wichtigen Playern im Gefüge aus Gesundheit und Sozialem, wobei insbesondere die Rolle einer Navigationsfunktion hierzu wertvolle Beiträge in der Versorgung liefern könnte.

Weitere Bemühungen sollten daher vor allem darauf abzielen, Übersichten von Zuständigkeiten an den Schnittstellen von Gesundheit und Sozialem zu erstellen, interprofessionelle Bildungssettings und -projekte zwischen Lernenden und Studierenden von Gesundheitsfachberufen wie auch der Sozialen Arbeit zu fördern und die Idee einer Navigationsfunktion intensiver zu diskutieren.

5 Literatur

- 1 **Allen, H. B., Gunaldo, T. P., & Schwartz, E. (2019).** Creating Awareness for the Social Determinants of Health: Dental hygiene and nursing student interprofessional service-learning experiences. *J Dent Hyg*, 93(3), 22-28. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31182565>
- 2 **BAG. (2019).** *Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030*. Zugriff am 27.02.2024 von <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/gesundheits-2030/strategie-gesundheit2030.pdf.download.pdf/strategie-gesundheit-2030.pdf>
- 3 **Bayer-Oglesby, L., Bachmann, N., & Zumbrunn, A. (2020).** Soziale Lage und Spitalaufenthalte aufgrund chronischer Erkrankungen. Zugriff am 10.01.2024, von <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/2020-soziale-lage-und-spitalaufenthalte-aufgrund-chronischer-erkrankungen>
- 4 **Brüngger, B., Fischer, B., Früh, M., Rapold, R., Reich, O., Telser, H., & Trottmann, M. (2014).** *Koordinationsbedarf leistungsintensiver Patienten*. Polynomics; Helsana.
- 5 **Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV). (2023).** Übersicht über die schweizerische soziale Sicherheit. Zugriff am 26.02.2024, von <https://www.bsv.admin.ch/dam/bsv/de/dokumente/int/uebersichten/uebersicht-ueber-die-schweizerische-soziale-sicherheit-stand-1-1-2017.pdf.download.pdf/Uebersicht%20%C3%BCber%20die%20schweizerische%20soziale%20Sicherheit%20-%20Stand%201%201%202020.pdf>
- 6 **Bundesamt für Statistik (BFS). (2019).** Statistischer Sozialbericht. Zugriff am 26.02.2024, von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/soziale-sicherheit/analysen-verlaeuft-system/statistischer-sozialbericht-schweiz.assetdetail.9026637.html>
- 7 **Cheng, I., Powers, K., Mange, D., Palmer, B., Chen, F., Perkins, B., & Patterson, S. (2020).** Interprofessional education through healthcare hotspotting: Understanding social determinants of health and mastering complex care through teamwork. *Journal of Interprofessional Education & Practice*, 20, 100340.
- 8 **Dettmers, S., Cosanne, E., & Liesener, A. (2021).** Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. *Archiv für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit*, 52(3), 4-15.
- 9 **fmc. (2022).** *Besseres Zusammenwirken des Gesundheits- und Sozialsystems - so kann es gelingen. Erfahrungsberichte, Analysen und Handlungsempfehlungen*. Schweizer Forum für integrierte Versorgung. Zugriff am 04.04.2024 von <https://fmc.ch/zusammenwirken-des-gesundheits-und-sozial-systems/>
- 10 **Gesundheitsförderung Schweiz. (2024).** *Regionale Anlaufstellen REAS PGV: Unterstützung bei komplexen gesundheitlichen und sozialen Einschränkungen*. Zugriff am 26.02.2024 von <https://gesundheitsfoerderung.ch/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/projektfoerderung/gefoerderte-projekte/projekt-reas-pgv>
- 11 **Homfeldt, H. G., & Gahleitner, S. B. (2018).** Gesundheit und Krankheit. In G. Graßhoff, A. Renker, & W. Schroer (Hrsg.), *Soziale Arbeit: Eine elementare Einführung* (1. Aufl., S. 43-54). Springer Fachmedien.
- 12 **Hosek, M., Honegger, E., & Stadler, A. (2020).** Bessere Behandlung durch Sozialberatung in der Hausarztpraxis. *Bulletin des médecins suisses*, 101(41), 1318-1320.
- 13 **Kessler, D., Höglinger, M., Heininger, S., Läser, J., & Hübelin, O. (2021).** *Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden - Analysen zu Gesundheitszustand, -Verhalten, -Leistungsanspruchnahme und Erwerbsreintegration. Schlussbericht zuhanden Bundesamt für Gesundheit*. Berner Fachhochschule und Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaft. <https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitsstrategien/nat-programm-migration-und-gesundheit/chancengleichheit-in-der-gesundheitsversorgung/gesundheitsversorgung-fuer-armutsbetroffene/studie-gesundheit-von-sozialhilfebeziehenden.pdf.download.pdf/Studie%20Gesundheit%20von%20Sozialhilfebeziehenden.pdf>

- 14 **Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2022).** *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (5. Aufl.). Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- 15 **Lowton, K., & Henwood, F. (2023).** The transformation of health and social care: Insights from sociology. *Sociol Health Illn*, 45(4), 715-717. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13642>
- 16 **Rüegg, R. (2024).** *Forschungsprojekt Soziale Arbeit in der Arztpraxis*. Zugriff am 26.02.2024 von <https://www.bfh.ch/de/forschung/referenzprojekte/arztpraxis/>
- 17 **Sabato, E., Owens, J., Mauro, A. M., Findley, P., Lamba, S., & Fenesy, K. (2018).** Integrating Social Determinants of Health into Dental Curricula: An Interprofessional Approach. *J Dent Educ*, 82(3), 237-245. <https://doi.org/10.21815/JDE.018.022>
- 18 **SAMW. (2019).** Nachhaltige Entwicklung des Gesundheitssystems - Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. *Swiss Academies Communication*, 14(2).
- 19 **Spycher, J., Morisod, K., Eggli, Y., Moschetti, K., Le Pogam, M., Peytremann-Bridevaux, I., Bodenmann, P., & Marti, J. (2021).** *Indicators on Healthcare Equity in Switzerland. New Evidence and Challenges*.
- 20 **Verein Sozialberatung für eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung sbgg. (2024).** *Sozialberatungsbüro SoBü Bärn* Zugriff am 26.02.2024 von <http://sbgg.ch/>
- 21 **Weber, D. (2020).** *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz - Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen*. Bern: GFCH, BAG, GDK.
- 22 **WHO. (1986).** *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. Zugriff am 04.04.2024 von <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349654/WHO-EURO-1986-4044-43803-61669-ger.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Bitte zitieren als:

Ulrich, G., Wirth, A. & Flury, C. (2024).

Gesundheit und Soziales. Herausforderungen und Chancen sozialer Aspekte im Gesundheitssystem unter besonderer Berücksichtigung interprofessioneller Bildung und Zusammenarbeit.

Careum: Zürich.

Impressum

Herausgeber

Careum

Gestaltung und Produktion

Careum

Titelbild

©Pressmaster, shutterstock.com

Weitere Bilder

©Daniel Suhre, shutterstock.com;

©Okraziuk, shutterstock.com;

Careum

Pestalozzistrasse 3, CH-8032 Zürich

T +41 43 222 50 00

info@careum.ch, careum.ch