

Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Departement Soziale Arbeit

Soziale Arbeit in der psychiatrischen Praxis

**Eine qualitative Untersuchung, wie Sozialarbeit in der
psychiatrischen Praxis eingesetzt werden kann**

Master-Thesis

Tara Bitterli

Begleitperson:

Prof. Dr. Karin Werner

Zweitgutachter:

Mariano Desole

Masterstudiengang Zürich

Studienbeginn Herbstsemester 2021

Abgabedatum: 18. Juni 2025

Abstract

Die vorliegende Master-Thesis befasst sich mit der Frage, wie Soziale Arbeit in der psychiatrischen Praxis eingesetzt werden kann. Es wird untersucht, welche Voraussetzungen erfüllt sein müssen, um Sozialarbeitende in der psychiatrischen Praxis einzusetzen, welche Herausforderungen und Chancen damit verbunden sind und wie ein mögliches Aufgabenprofil für die Soziale Arbeit in diesem Kontext ausgestaltet sein könnte. Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden fünf leitfadengestützte Expert:inneninterviews mit Psychiater:innen, die in psychiatrischen Praxen tätig sind, durchgeführt. Die Auswertung erfolgte mittels inhaltlich strukturierender qualitativer Inhaltsanalyse. Ergänzend wurde ein Vergleich von vier Pionierangeboten in der Schweiz vorgenommen, die Sozialarbeit in Hausarztpraxen implementiert haben. Aus den Ergebnissen lässt sich ableiten, dass Psychiater:innen einer Einführung von Sozialarbeitenden in die psychiatrische Praxis grundsätzlich offen gegenüberstehen und eine Etablierung des Angebots überwiegend befürworten. Die niederschweligen Beratungen und Interventionen, die durch die kurzen Wege innerhalb der psychiatrischen Praxis ermöglicht werden, erleichtern den Zugang zu sozialarbeiterischen Leistungen und Unterstützungen. Für Patient:innengruppen mit komplexen Mehrfachdiagnosen ist dies bedeutsam. Aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse wird empfohlen, sozialarbeiterische Massnahmen in der ambulanten psychiatrischen Versorgung grundsätzlich zu fördern. Dies beinhaltet sowohl die Klärung und Sicherstellung der Finanzierung sozialarbeiterischer Leistungen als auch die Unterstützung von Gruppen- und Gemeinschaftspraxen, die eine interprofessionelle und ganzheitliche Versorgung anbieten.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	8
1.1 Ausgangslage	8
1.2 Zielsetzung	10
1.3 Erkenntnisinteresse und Forschungsfrage	10
1.4 Aufbau der Arbeit	11
2. Theoretische Grundlagen	12
2.1 Gesundheitsverständnis und Einflussfaktoren	13
2.2 Soziale Arbeit im Gesundheitswesen	17
2.3 Soziale Arbeit in der Psychiatrie	22
2.4 Soziale Arbeit im interprofessionellen Kontext	25
2.5 Gesetzliche und finanzielle Rahmenbedingungen	28
3. Forschungsstand und innovative Projekte zur Sozialen Arbeit in Hausarztpraxen	31
3.1 Forschungsstand und innovative Projekte auf internationaler Ebene	31
3.2 Forschungsstand und innovative Projekte in der Schweiz	34
3.3 Finanzierungsmodelle für die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis	39
3.4 Zwischenfazit	41
4. Methodisches Vorgehen Vergleich Pionierangebote	42
4.1 Methodisches Vorgehen zum systematischen Vergleich	42
4.1.1 Festlegung Kriterien	42
4.1.2 Daten sammeln	43
4.1.3 Daten systematisch vergleichen	43
4.2 Ergebnisse des systematischen Vergleichs	44
5. Methodisches Vorgehen Expert:inneninterviews	47
5.1 Begründung der Wahl der qualitativen Methode	47

5.2 Datenerhebung: Leitfadeninterview	47
5.3 Konstruktion des Leitfadens	48
5.4 Feldzugang und Sampling	49
5.5 Durchführen der Expert:inneninterviews und ethische Aspekte.....	51
5.6 Datenaufbereitung.....	52
5.7 Durchführung der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse	53
5.8 Gütekriterien/Auswertung/Reflexion des methodischen Vorgehens	57
6. Darstellung der Ergebnisse	59
6.1 Persönliche Erfahrung.....	60
6.2 Erwartungen und Wünsche an die Sozialarbeitenden	64
6.3 Funktions- und Aufgabenbereiche	67
6.4 Strukturelle Rahmenbedingungen.....	70
6.5 Patient:innen	73
6.6 Herausforderungen	75
6.7 Chancen	76
6.7.1 Chancen für die Patient:innen.....	76
6.7.2 Chancen für Psychiater:innen	80
7. Beantwortung der Forschungsfragen und Diskussion der Ergebnisse	80
7.1 Voraussetzung für die Etablierung der Sozialarbeit in der psychiatrischen Praxis	81
7.2 Funktions- und Aufgabenbereiche	82
7.3 Herausforderungen und Chancen in Bezug auf die Etablierung der Sozialarbeitenden in der psychiatrischen Praxis.....	88
7.3.1 Herausforderungen	88
7.3.2. Chancen.....	89
7.4 Beantwortung der Hauptfragestellung.....	91
8. Schlussfolgerungen.....	92
8.1 Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit.....	92
8.1.1 Langfristige Klärung und Zusicherung der Finanzierung	92
8.1.2 Förderung sozialarbeiterischer Massnahmen im ambulanten psychiatrischen Bereich	93

8.1.3 Gruppenpraxis und Gesundheitszentrum als mögliche Lösung.....	93
8.1.4 Handlungsempfehlung für die Forschung	94
8.1.5 Investition in Bildung im Bereich der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen	94
8.2 Reflexion und Limitation.....	95
8.3 Ausblick.....	96
9. Literaturverzeichnis	98
10. Anhang.....	102

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1.</i> Darstellung Komplexität Soziale Arbeit in der psychiatrischen Praxis ..	12
<i>Abbildung 2.</i> Determinanten der Gesundheit	14
<i>Abbildung 3.</i> Biopsychosoziales Modell	15
<i>Abbildung 4.</i> Drei Formen gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit	27
<i>Abbildung 5.</i> Gründe für eine Überweisung an die Sozialberatung	37
<i>Abbildung 6.</i> Ablauf der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse.....	54
<i>Abbildung 7.</i> Drei Funktionen der Sozialarbeit in der psychiatrischen Praxis	83

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1.</i> Übersicht vier Pionierangebote und Quellenangaben.....	44
<i>Tabelle 2.</i> Sampling	51
<i>Tabelle 3.</i> Übersicht Hauptkategorien und Subkategorien.....	59
<i>Tabelle 4.</i> Profil für Sozialarbeitende in der psychiatrischen Praxis	84

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei Frau Dr. Werner für ihre wertvollen Anregungen und ihre Begleitung während des gesamten Prozesses bedanken.

Ein herzliches Dankeschön geht an die Psychiater:innen, die sich die Zeit genommen haben, an den Interviews teilzunehmen und ihr Wissen und ihre Erfahrungen mit mir zu teilen. Ein grosses Dankeschön geht auch an die Sozialarbeitenden und Ärzt:innen der vier Pionierangebote, die mir Rückmeldungen aus der Praxis gegeben haben, so dass ein systematischer Vergleich möglich war.

Nicht zuletzt danke ich allen Personen, die mich während dieser intensiven Zeit auf unterschiedlichste Weise unterstützt haben.

Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BFH	Berner Fachhochschule
BFS	Bundesamt für Statistik
EL	Ergänzungsleistungen
GDK	Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
IV	Invalidenversicherung
KESB	Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde
Kap.	Kapitel
KVG	Bundesgesetz über die Krankenversicherung
OKP	Obligatorische Krankenpflegeversicherung
Pos.	Position
TARMED	Gesamtschweizerisch einheitliche Tarifstruktur für ambulante ärztliche Leistungen
UPD Bern	Universitäre Psychiatrische Dienste Bern
SAGES	Schweizerischer Dachverband für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit
SAMV	Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften
WHO	Weltgesundheitsorganisation

1. Einleitung

Das Gesundheitssystem in der Schweiz gerät zunehmend unter Druck, die Krankenkassenkosten steigen und der Spardruck wird in vielen Bereichen des Gesundheitswesens spürbar (GDK, 2019, S. 3). Die Zahl der chronisch und multimorbid erkrankten Menschen nimmt zu. Auch psychische Erkrankungen nehmen zu (GDK, 2019, S. 3). Die steigende Komplexität dieser Fälle erfordert eine verbesserte Vernetzung aller beteiligten Akteur:innen (GDK, 2019, S. 3). Umso grösser wird der Bedarf an neuen innovativen Lösungen und Ideen, welche das Gesundheitswesen entlasten und Unterstützung bieten können.

1.1 Ausgangslage

Es ist eine wichtige Aufgabe der Sozialpolitik wie auch der Gesundheitspolitik, dass die Gesundheitsversorgung sichergestellt ist (Schaeffer, Ewers & Hämel, 2015, S. 9). Angesichts des Wandels, der zunehmenden Unsicherheiten im Gesundheitswesen und den steigenden Gesundheitskosten ist es umso dringlicher, neuen innovativen Ideen nachzugehen und Lösungen für die aktuelle Situation in der ambulanten Gesundheitsversorgung zu finden. Soziale Arbeit im Gesundheitswesen ist seit einigen Jahren ein fester Bestandteil in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung. Sie kommt dann zum Zuge, wenn kranke Menschen Unterstützung in Bereichen der Finanzierung, der rechtlichen Sicht, der sozialen Sicht oder auch der ökonomischen Sicht benötigen (Homfeldt, 2012, S. 489). In stationären Settings wie Spitälern, Psychiatrien und Kliniken ist es häufig die Regel, dass interprofessionell gearbeitet wird und dass die Sozialarbeitenden ein fester Bestandteil des interprofessionellen Behandlungsteams sind.

Laut dem Bundesamt für Gesundheit (BAG) verursachen psychische Erkrankungen in der Schweiz jährlich Kosten von über sieben Milliarden Franken (BAG, 2023b). Der Bund hat den Auftrag, diese Situation zu verbessern. Zur Umsetzung empfiehlt das BAG, die Vernetzung der Akteur:innen untereinander zu verbessern (BAG, 2023b). Ein bisher unbekanntes Gebiet im Gesundheitswesen, das erst in den letzten Jahren im Zusammenhang mit der Sozialen Arbeit an Interesse gewonnen hat, ist der Einsatz der Sozialarbeit in Hausarztpraxen. In der Schweiz ist es bislang selten, dass Sozialarbeitende direkt in der Hausarztpraxis angestellt sind oder dass eine direkte Zusammenarbeit mit externen Sozialberatungen besteht (Rüegg, Eiler, Schüpbach & Gehrlach, 2022a, S. 5). Bisher ist es üblich, dass die Hausarztpraxen eigenständig sind und

die Ärzteschaft, wenn vorhanden, zusammen mit den medizinischen Praxisassistent:innen oder Pflegefachpersonen arbeitet, jedoch keine direkte Arbeitsgemeinschaft mit der Sozialarbeit stattfindet. Für viele Menschen in schwierigen Lebenssituationen ist der Hausarzt oder die Hausärztin häufig die erste Ansprechperson. Vielfach sind gesundheitliche Probleme auch die Folge oder die Ursache von sozialen Problemen. Der Ärzteschaft fehlt jedoch die Zeit wie auch das Wissen, neben den gesundheitlichen Problemen auf die sozialen Problemen der Patient:innen einzugehen (Medmedia, 2023).

Es gibt schweizweit vereinzelte Hausarztpraxen, welche Soziale Arbeit direkt anbieten. Der Themenbereich der Zusammenarbeit zwischen der Sozialarbeit und Arztpraxen ist in der Schweiz bisher wenig erforscht und es gibt auch sehr wenig Grundlagenforschungen dazu. Die Thematik geriet erst in den letzten Jahren zunehmend in den Fokus (Rüegg et al., 2022a, S. 5). Ein Forschungsprojekt, welches mit vier Pionierangeboten in der Schweiz im Rahmen eines Pilotprojekts «Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis» durchgeführt wurde, hat gezeigt, dass die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis zu einer Verbesserung der psychischen Gesundheit beigetragen hat, aber auch die Arbeitszufriedenheit der Ärzte und Ärztinnen wurde verbessert sowie die Wirtschaftlichkeit innerhalb der Arztpraxis haben sich verbessert (Rüegg et al., 2022a, S. 5–6).

Besonders im Bereich der psychiatrischen Medizin spielen die sozialen Faktoren eine wesentliche Rolle. Wie die schweizerische Gesundheitsbefragung, welche letztmals 2022 durchgeführt wurde, zeigt, spielen für die psychische Gesundheit unter anderem die sozialen Beziehungen, das familiäre Umfeld wie auch die Arbeits- und Wohnbedingungen eine wichtige Rolle (Bundesamt für Statistik, 2022). Dies sind Bereiche, die von der Sozialen Arbeit abgedeckt werden. Die psychische Gesundheit ist zentral, da sie das Wohlbefinden und die Lebensqualität der Menschen wesentlich beeinflusst.

Weiter kann beobachtet werden, dass der Anteil der Schweizer Wohnbevölkerung, welcher sich wegen psychischer Probleme behandeln, lässt stetig steigt (Schuler, Tuch, Sturny & Peter, 2024).

Bislang existiert in der Schweiz noch kein bekanntes spezifisches Projekt, welches sich auf den Bereich der psychiatrischen Praxis spezialisiert hat, und daher gibt es auch keine Forschung dazu. Um dem Gebiet der psychiatrischen Praxis Beachtung zu schenken und gezielt darauf einzugehen, setzt die vorliegende Master-Thesis ihren Schwerpunkt auf die Thematik der psychiatrischen Praxis.

1.2 Zielsetzung

Die explorative Arbeit hat zum Ziel, qualitativ zu untersuchen, was Psychiater:innen benötigen, damit sie in ihrer Praxis mit Sozialarbeitenden zusammenarbeiten bzw. Sozialarbeitende einstellen würden. Der Fokus liegt dabei auf der psychiatrischen Praxis im Erwachsenenbereich. In dieser Arbeit werden psychiatrische Praxen als eine spezifische Form von Hausarztpraxen verstanden. Psychiatrische Praxen sind spezifische medizinische Einrichtungen, in denen Psychiater:innen Patient:innen ambulant behandeln. Dies umfasst die Beurteilung, Diagnostik und Behandlung von Patient:innen, die an psychischen Erkrankungen leiden. Psychiatrische Praxen können in unterschiedlichen Strukturen organisiert sein, als Einzelpraxen, in Gruppenpraxen oder als Teil grösserer Gesundheitszentren. Sie übernehmen eine zentrale Rolle in der Behandlung und Begleitung von Menschen mit psychischen Erkrankungen.

Anhand der theoretischen Grundlagen soll die Schnittstelle zwischen Sozialarbeit und Psychiatrie beleuchtet werden. In einem weiteren Schritt sollen qualitative Interviews mit Psychiater:innen geführt werden, um die praxisnahe Perspektive zu erfassen und zu forschen, ob sie die Sozialarbeitenden in der psychiatrischen Praxis als sinnvoll erachten und was sie benötigen, damit sie Sozialarbeitende bei sich anstellen würden. Zudem soll anhand eines systematischen Vergleichs von vier bestehenden Pionierprojekten, die bisher in der Schweiz in unterschiedlicher Form Sozialarbeit in der Hausarztpraxis anbieten, aufgezeigt werden, wie diese unterschiedlichen Angebote funktionieren und was sich daraus für die psychiatrische Praxis ableiten lässt. Ziel ist es, auf der Basis der Grundlagen des theoretischen Teils, des systematischen Vergleichs und der Interviews konkrete Rollen und Aufgabenbereiche zu definieren, in denen die Sozialarbeit in der psychiatrischen Praxis eingesetzt werden kann. Darüber hinaus sollen die Herausforderungen, aber auch die Chancen aufgezeigt werden, die sich durch die Etablierung der Sozialen Arbeit in der psychiatrischen Praxis ergeben. Damit soll ein Beitrag zur Erweiterung der professionellen Einsatzmöglichkeiten Sozialer Arbeit in der ambulanten psychiatrischen Versorgung geleistet werden.

1.3 Erkenntnisinteresse und Forschungsfrage

Das Erkenntnisinteresse konzentriert sich, wie aus der Zielsetzung ersichtlich, auf die Soziale Arbeit und wie sie in der psychiatrischen Praxis eingesetzt werden kann. Aus der Hauptfragestellung ergeben sich verschiedene Unterfragen, die im Rahmen dieser Master-Thesis beantwortet werden sollen. Im Mittelpunkt steht die Frage, wie sich

Soziale Arbeit in der psychiatrischen Praxis etablieren kann. Es wird untersucht, was Psychiater:innen benötigen, um Sozialarbeitende in ihrer Praxis einsetzen zu können, und welche Möglichkeiten und Notwendigkeiten es dafür gibt.

Die Master-Thesis soll folgender Hauptfragestellung nachgehen:

Wie kann Soziale Arbeit in der psychiatrischen Praxis eingesetzt werden?

Um die Fragestellung differenzierter und präziser zu beantworten, ergeben sich aus der Hauptfragestellung folgende Unterfragen:

1. Was benötigen Psychiater:innen, um Sozialarbeitende in ihrer Praxis einzusetzen?
2. Welche spezifischen Rollen und Aufgaben können Sozialarbeitende in den psychiatrischen Praxen übernehmen?
3. Welche Herausforderungen und Chancen würden sich durch die Etablierung der Sozialen Arbeit in psychiatrischen Praxen ergeben?
4. Welche Handlungsempfehlungen lassen sich aus den Ergebnissen für die Soziale Arbeit in der psychiatrischen Praxis ableiten?

1.4 Aufbau der Arbeit

Im 2. Kapitel werden die theoretischen Grundlagen beleuchtet. Dabei wird insbesondere die Rolle der sozialen Aspekte und somit der Sozialarbeit im Hinblick auf die Gesundheit erläutert. Dies wird anhand relevanter Modelle erklärt. Anschliessend erfolgt eine vertiefte Betrachtung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen und in der Psychiatrie. Abgerundet wird dieser Teil durch die Thematik der interprofessionellen Zusammenarbeit. In Kapitel 3 wird der Forschungsstand erörtert. Da es nur sehr wenige Forschungsergebnisse zur Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis gibt, werden diese zusammen mit innovativen, ähnlichen Projekten präsentiert. Zunächst wird der relevante Forschungsstand im Ausland beleuchtet. Anschliessend werden der aktuelle Forschungsstand in der Schweiz sowie ähnliche Projekte vorgestellt. In Kapitel 4 werden vier Pionierangebote in der Schweiz verglichen und in Kapitel 5 wird das

methodische Vorgehen bei den Expert:inneninterviews erläutert. In Kapitel 6 werden die Ergebnisse der Interviews präsentiert und in Kapitel 7 diskutiert sowie die Fragestellung beantwortet. Kapitel 8 enthält Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit in der psychiatrischen Praxis sowie Limitationen, eine Reflexion und einen Ausblick.

2. Theoretische Grundlagen

In diesem Kapitel werden die wichtigsten theoretischen Grundlagen behandelt. Da die Thematik verschiedene zusammenwirkende Bereiche der Sozialen Arbeit umfasst, wird zunächst ein Verständnis für Gesundheit und Krankheit und wie die sozialen Faktoren auf diese wirken und sie beeinflussen geschaffen. Anschliessend wird die Rolle der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen näher betrachtet, um ein Grundverständnis für dieses Themenfeld zu schaffen. Da die Arbeit den Schwerpunkt auf die psychiatrische Praxis legt, erfolgt eine vertiefte Auseinandersetzung mit der Psychiatrie und es wird ein Bezug zur Sozialen Arbeit hergestellt. Abschliessend wird die Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit in diesem Kontext beleuchtet und es wird darauf eingegangen.

Die Abbildung eins zeigt die Verknüpfungen und Zusammenhänge der verschiedenen Themenbereiche, die in der Sozialen Arbeit im Zusammenhang mit der psychiatrischen Praxis eine Rolle spielen. Die theoretischen Grundlagen stützen sich vorwiegend auf den deutschsprachigen Raum in der Schweiz, Deutschland und Österreich.

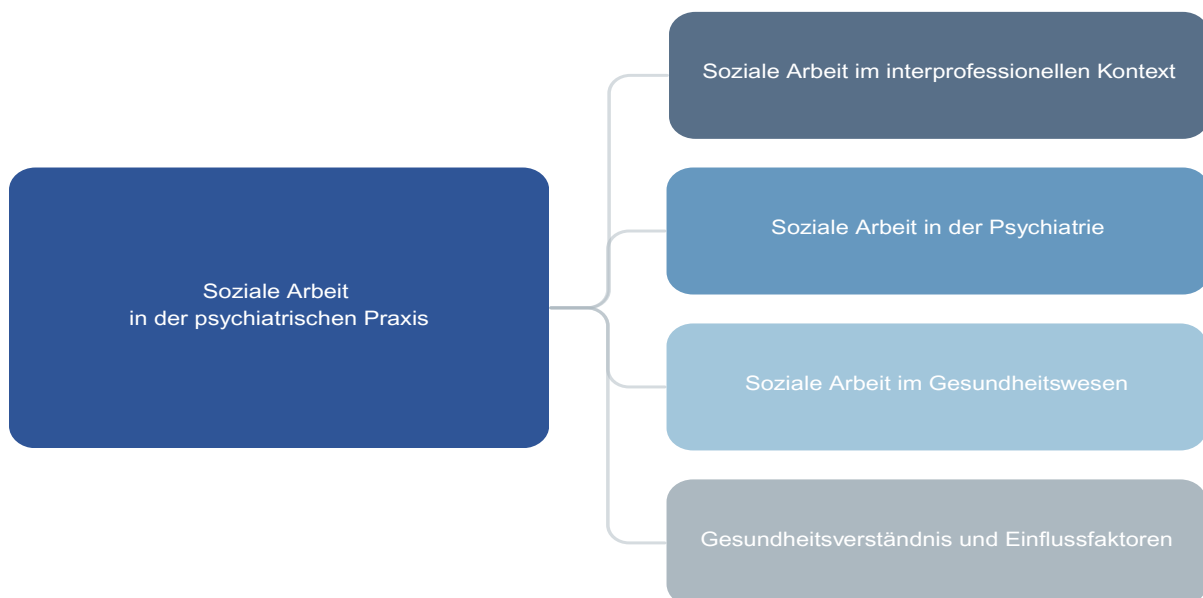


Abbildung 1. Darstellung Komplexität Soziale Arbeit in der psychiatrischen Praxis

Quelle: Eigene Darstellung und Erhebung

2.1 Gesundheitsverständnis und Einflussfaktoren

Die Gesundheit beeinflusst die soziale Lage und umgekehrt. Wie Haverkamp (2008, S. 320) schreibt, ist die soziale Benachteiligung oft mit einer schlechteren gesundheitlichen Lage verbunden, was empirisch vielfach belegt ist.

Lützenkirchen und Köppel (2005, S. 7) führen aus: «Die soziale Dimension von Gesundheit ist fundamental: je höher die soziale Schichtzugehörigkeit, desto niedriger das Krankheits- und Sterberisiko.»

Dass sich die soziale Ungleichheit auf die Gesundheit auswirkt, ist auch länderübergreifend belegt, wobei es keine Rolle spielt, ob es sich um wohlhabendere Länder oder eher ärmere Länder handelt. Auch in Krisenzeiten nimmt die gesundheitliche Umverteilung zu (Geyer, 2021). Geyer weist darauf hin, dass es einen sozialen Gradienten gibt. So zeigt sich beispielsweise, dass das Krankheitsrisiko graduell ansteigt, wenn das Einkommen abnimmt (Geyer, 2021). Allgemein beschreibt der soziale Gradient den Zusammenhang zwischen dem Gesundheitszustand und dem sozialen Status (BFS, 2020).

Diese Aussagen machen deutlich, wie zentral soziale Faktoren sind und welche wichtige Rolle sie für die Gesundheit der Menschen spielen. Damit Gesundheit und Krankheit ganzheitlich begriffen werden kann, ist ein biopsychosoziales Verständnis grundlegend (Rüegger & Friedli, 2023, S. 13).

Ein Konzept, welches dieses Wissen beschreibt, sind die Gesundheitsdeterminanten. Diese wurden von Dahlgren und Whitehead (1991) ursprünglich entwickelt (Hurrelmann & Richter, 2022).

Es handelt sich dabei um Faktoren, welche die Gesundheit positiv wie auch negativ beeinflussen können und in einer wechselseitigen Beziehung miteinander stehen (Infodrog, 2024). Die Gesundheitsdeterminanten können in fünf übergeordnete Bereiche unterteilt werden. Dabei gibt es Faktoren, welche nicht veränderbar sind und auf welche kein Einfluss genommen werden kann wie das Alter, das Geschlecht oder die Erb-anlagen. Daneben gibt es andere Faktoren, auf welche Einfluss genommen werden kann. Gerade die sozialen Faktoren wie beispielsweise die sozioökonomischen Faktoren oder die sozialen Netzwerke spielen dabei eine zentrale Rolle, da auf diese Einfluss genommen werden kann (Hurrelmann & Richter, 2022).

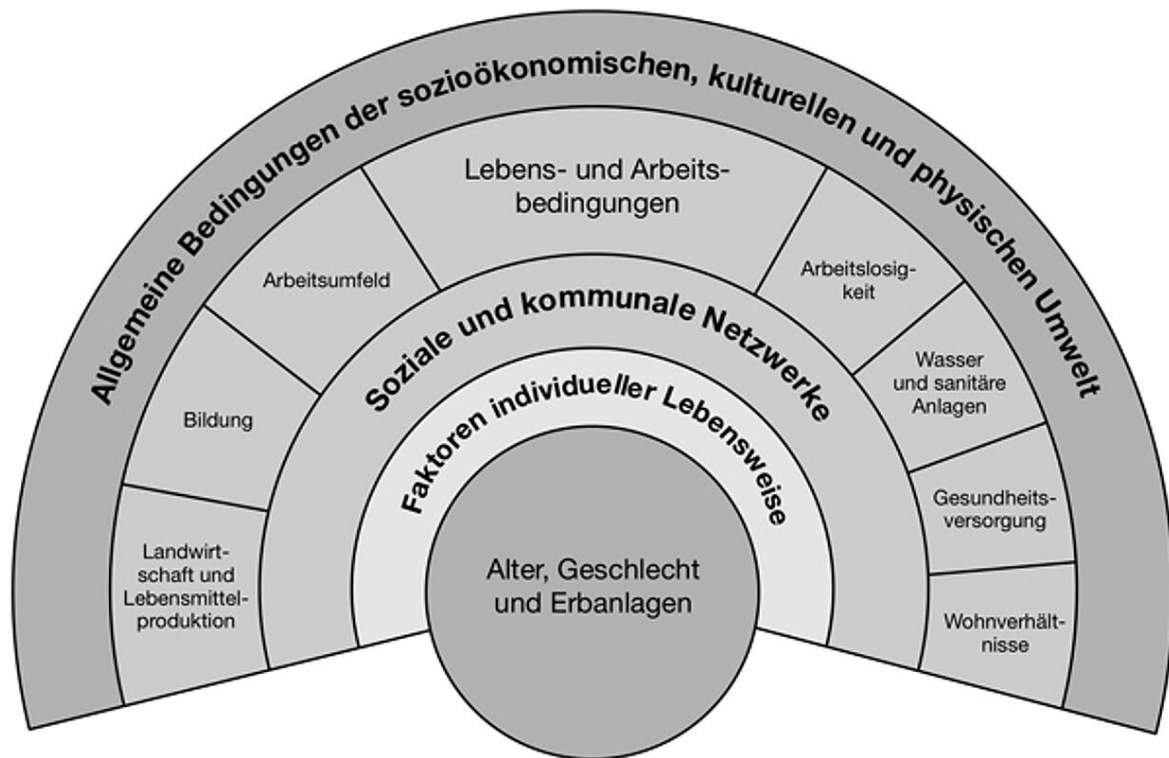


Abbildung 2. Determinanten der Gesundheit

Quelle: Dahlgren & Whitehead (1991)

Abbildung 2 zeigt, wie sich die übereinanderliegenden Schichten direkt und indirekt auf die Gesundheit auswirken und dass die Gesundheit demzufolge durch multiple Faktoren beeinflusst wird (Hurrelmann & Richter, 2022). Soziale Aspekte können einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf Gesundheit, Krankheit oder Krankheitsverlauf haben. In den letzten Jahren hat sich das Modell stetig weiterentwickelt, wobei häufig von sozialen Determinanten gesprochen wird (Infodrog, 2024).

Ein weiteres zentrales Modell, das erklärt, wie wichtig es ist, die Gesundheit ganzheitlich zu betrachten und nicht isoliert von den sozialen Faktoren, ist das biopsychosoziale Modell. Der Psychiater Engel veröffentlichte 1976 erstmals einen Artikel über das biopsychosoziale Modell. Seitdem wurde das Modell stetig weiterentwickelt und dient häufig als Erklärung dafür, warum bei Krankheiten nicht nur die Medizin, sondern auch andere Faktoren berücksichtigt werden sollten (Pauls, 2013, S. 16). Das Modell beinhaltet drei Komponenten oder Bedingungen, die sich gegenseitig beeinflussen und in einer wechselseitigen Beziehung zueinander stehen. Die drei Bedingungen sind die biologisch-organische, die psychische und die soziale Bedingung. Das Modell zeigt

auf, dass bei einer Erkrankung alle drei Ebenen berücksichtigt und einbezogen werden müssen und nicht die Bereiche einzeln betrachtet werden können (Pauls, 2013, S. 18). Es zeigt auch, dass bei der Behandlung der Krankheit neben den medizinischen Faktoren, also den biologisch-organischen Faktoren, gerade auch die psychischen und die sozialen Faktoren eine wichtige Rolle spielen und den Gesundheitsverlauf beeinflussen (Pauls, 2013, S. 18).

Ein gut funktionierendes biopsychosoziales Grundkonzept ist eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung. Das interprofessionelle Wissen aller an der Versorgung beteiligten Fachdisziplinen spielt dabei eine entscheidende Rolle, um eine ganzheitliche Behandlung sicherzustellen (Pauls, 2013, S.19)



Abbildung 3. Biopsychosoziales Modell

Quelle: Eigene Darstellung (in Anlehnung an Pauls, 2013, S. 18)

Wie Pauls schreibt, ist der Erfolg einer Behandlung abhängig vom gesamten biopsychosozialen Konzept (2013, S. 19). Kritik am Modell ist, dass es in der empirischen Forschung bisher wenig untersucht wurde und daher nicht als wissenschaftliches Modell bezeichnet werden kann, da es keine empirischen Grundlagen gibt, die es zu einer Theorie oder einem wissenschaftlichen Modell machen würden (Pauls, 2013, S. 19).

Ein weiteres Modell ist das Modell des Lebensführungssystems (Sommerfeld, Dällenbach, Rüegger & Hollenstein, 2016, S. 58). Die Menschen werden dabei als sozio-biologische Systeme betrachtet, welche die sozio-kulturellen Systeme für ihre Lebensführung benötigen bzw. auf diese angewiesen sind. Das Lebensführungssystem setzt sich einerseits aus dem sozialen System und andererseits aus dem biologischen System Mensch zusammen. Das Lebensführungssystem jedes einzelnen Menschen besteht aus unterschiedlichen sozialen Systemen, innerhalb deren sie sich bewegen und interagieren wie zum Beispiel das Familiensystem oder das Beschäftigungssystem (Sommerfeld et al., 2016, S. 58–59). Nicht alle Menschen haben Zugang zu allen sozialen Systemen. Die sozialen Systeme sind selektiv und daher können die Menschen auch von gewissen sozialen Systemen ausgeschlossen werden oder nur bedingt daran teilhaben (Sommerfeld et al., 2016, S. 63).

Die menschliche Tätigkeit wirkt sich sowohl auf individueller als auch auf sozialer Ebene aus. Dies wird damit begründet, dass die Lebensfähigkeit der Menschen nur durch Beziehungen zu anderen Menschen gewährleistet ist (Sommerfeld et al., 2016, S. 60).

Sommerfeld et al. (2016) merken an: «Weil die menschliche Tätigkeit sozial ist und sich in sozialen Kontexten ereignet, müssen Handlungen koordiniert werden» (S. 60). Die Koordination mit anderen Faktoren, wie den sozialen Bedürfnissen, führt zur Bildung von Beziehungen zwischen Menschen. Dadurch entstehen soziale Strukturen, die das Leben regulieren. Gleichzeitig entstehen aus derselben Aktivität heraus die individuellen (psychischen und somatischen) Strukturen (Sommerfeld et al., S. 60–61). Das gesamte Lebensführungssystem ist bedeutend dafür, wie die aktuelle Lebenssituation ist. Sie können sich auch gegenseitig beeinflussen. Die Soziale Arbeit kann auch durch eine Intervention eine positive Veränderung hervorrufen (Sommerfeld et al., 2016, S. 63). Gerade bei Menschen mit einem belastenden Lebensführungssystem ist es wichtig, dass sie angemessen unterstützt werden, damit sie ein gelingendes Lebensführungssystem entwickeln können. (Sommerfeld et al., 2016, S. 65).

Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) berücksichtigt in ihrer Definition von Gesundheit neben der vollständigen körperlichen Gesundheit auch die seelische Gesundheit sowie das soziale Wohlbefinden und geht von einer ganzheitlichen Sichtweise aus (Beushausen, 2024).

Die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen befasst sich mit den sozialen Dimensionen der Gesundheitsversorgung und ist für alle Bereiche zuständig, in denen psychosoziale Probleme auftreten oder auftreten können. Darüber hinaus fungiert sie als Schnittstelle zwischen dem Gesundheits- und Sozialwesen (Buttner, 2021, S. 4).

Auch die Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) hat erkannt, wie wichtig eine gute Vernetzung und Koordination in der Gesundheitsversorgung ist, um die Herausforderungen im Gesundheitssystem zu bewältigen (GDK, 2019, S. 5). Sie hält im Leitfaden fest, dass Menschen mit chronischen Krankheiten wie auch mehrfacherkrankte Menschen eine wichtige und häufig vorkommende Behandlungsgruppe sind, welche durch ein breites Netz Betreuung bedarf (GDK, 2019, S. 5). Der Leitfaden führt aus, dass neben den pflegerischen und therapeutischen Leistungen die Menschen häufig auch soziale Unterstützung benötigen. Die erhöhte Komplexität führt dazu, dass eine bessere Vernetzung mit den Vernetzungspartner:innen stattfinden muss, damit die Versorgung gut koordiniert werden kann (GDK, 2019, S. 5). Als mögliche Massnahme wird im Leitfaden beispielsweise vorgeschlagen, dass wegen den vermehrten ambulanten Behandlungen neue Ansätze verfolgt werden sollten. Es könnten zum Beispiel neue sozialmedizinische Zentren geschaffen werden (GDK, 2019, S. 27).

2.2 Soziale Arbeit im Gesundheitswesen

Soziale Arbeit im Gesundheitswesen hat ihren Ursprung in der Mitte des 19. Jahrhunderts. Dabei spielten Faktoren, welche durch die Industrialisierung sichtbar wurden, wie die schlechte und einseitige Ernährung oder die schlechten Wohnbedingungen eine wesentliche Rolle. Für die Industrialisierung war es wichtig, dass die Menschen gesund waren, um in den Fabriken zu arbeiten, die Frauen gebären konnten und die Männer militärtauglich waren. Dabei spielte der Zusammenhang, dass die Menschen durch schlechte Wohnbedingungen und durch die schlechte Ernährung krank wurden und nicht mehr arbeiten konnte, eine zentrale Rolle. Es wurde thematisiert, dass soziale Faktoren eine Rolle dabei spielen, die Gesundheit der Menschen zu erhalten, damit die Arbeitsfähigkeit gewährleistet ist. Aber auch für die Epidemien, welche sich zu dieser Zeit immer weiter ausbreiteten, wurden Lösungsvorschläge gesucht (Lützenkirchen & Köppel, 2005, S. 8). Der Arzt Rudolf Virchow leistete damals hinsichtlich der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen Pionierarbeit. Er fand heraus, dass durch die schlechten Lebensbedingungen die ärmeren Bevölkerungsschichten stärker von

Krankheit betroffen waren. So wurde das Thema zunehmend auch von politischem Interesse, was dazu führte, dass sich die Gesundheitsfürsorge zunehmend für den Erhalt und das Wiedererlangen der Gesundheit einsetzte (Lützenkirchen & Köppel, 2005, S. 9). Die Soziale Arbeit konnte sich seit 1920 zunehmend in den Krankenhäusern etablieren. Durch die Alterung der Bevölkerung, die Zunahme von pflegebedürftigen Menschen und die steigende Zahl chronisch erkrankter Personen stieg die Nachfrage der sozialen Betreuung und dadurch gewann die Soziale Arbeit in der Krankenversorgung an Bedeutung (Homfeldt & Sting, 2018, S. 573).

Im Laufe der Jahre wurde das Aufgabenfeld der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen vielfältiger und differenzierter. Es bildeten sich immer mehr unterschiedliche Bereiche heraus, wie zum Beispiel die Betreuung in der Suchthilfe, in psychiatrischen Einrichtungen, aber auch in Akutkrankenhäusern und in Behinderteneinrichtungen (Homfeldt, 2012, S. 492). Im Verlauf des 20. Jahrhunderts kam der Begriff der klinischen Sozialarbeit auf (Rüegg et al. 2022b, S. 9). Klinische Sozialarbeit bezeichnet die professionelle Praxis der Sozialen Arbeit in den psychosozialen Feldern des Sozial- und Gesundheitswesens. Das Grundverständnis basiert auf dem Verständnis des bio-psychosozialen Grundverständnisses von Gesundheit, Störung, Krankheit und Behinderung (Gahleitner & Pauls, 2019). Die Klientel der klinischen Sozialarbeit sind Menschen, welche unter Mehrfachproblematiken leiden oder welche dringende Unterstützung benötigen, jedoch der Zugang zum Gesundheits- und Sozialsystem fehlt oder nur mangelhaft vorhanden ist (Gahleitner & Pauls, 2019).

Geissler-Piltzeit (2004) beschreibt die Zuständigkeit wie folgt: «Zentral zuständig versteht sich Klinische Sozialarbeit für chronisch psychisch und somatisch kranke Menschen, also Menschen, die wegen ihrer Erkrankung psychisch und sozial leiden oder aufgrund ihrer sozialen Leiden erkranken» (S.32).

Mögliche Bereiche, in denen die Soziale Arbeit klinisch tätig ist, sind Bereiche wie die Kinder- und Jugendhilfe, die Suchthilfe, die psychiatrische Versorgung oder auch in der Rehabilitation. Die Abgrenzung zwischen klinischer Sozialer Arbeit und allgemeiner Sozialer Arbeit lässt sich nicht immer eindeutig feststellen (Gahleitner, & Pauls, 2019). Die Klinische Sozialarbeit setzt Sozialdiagnostik, Beratung und Sozialtherapie ein, um die Lebenswelt der Menschen zu verbessern (Gahleitner & Pauls, 2019).

Die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen befasst sich mit den sozialen Dimensionen der Gesundheitsversorgung und ist zuständig für alle Bereiche, in denen

psychosoziale Probleme auftreten oder auftreten können. Die Soziale Arbeit dient auch als Schnittstelle zwischen dem Gesundheitswesen und dem Sozialwesen (Buttner, 2021, S. 7–9).

Gegenwärtig umfasst der Bereich der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen ein breites Spektrum an Betreuungsmöglichkeiten. Diese erstrecken sich von stationären und teilstationären bis hin zu ambulanten Settings, in denen die Soziale Arbeit zum Tragen kommt. Gemäss Rüegg et al. kann aktuell davon ausgegangen werden, dass ungefähr 20 bis 25 Prozent der Sozialarbeitenden im Gesundheitswesen tätig sind (2022b, S. 9). Was sich zu anderen Feldern der Sozialen Arbeit unterscheidet ist, dass die Sozialarbeit nicht an erster Stelle steht, sondern vielmehr die pflegerische und medizinische Sicht im Vordergrund steht. Die sozialarbeiterischen Anliegen sind sekundäre Anliegen, welche sich häufig erst im Verlauf der Betreuung abzeichnen (Homfeldt, 2012, S. 489).

Die Aufgabenbereiche bzw. Arbeitsfelder, welche die Soziale Arbeit übernimmt, sind sehr vielfältig. Lützenkirchen und Köppel halten fest, dass die Sozialarbeit die Partizipation wie auch die Selbstbestimmung gesundheitlich und sozial benachteiligter Menschen fördert. Weiter sei es wichtig, die sozialen Aspekte miteinzubeziehen und ressourcenorientierte Handlungsansätze zu entwickeln. Ein weiterer zentraler Aspekt ist die Chancengleichheit von benachteiligten Menschen, an der medizinischen Versorgung teilzuhaben (2005, S. 16). Als mögliche konkrete Handlungsansätze nennen Lützenkirchen und Köppel die Psychoedukation, die Krisenintervention und Konfliktbearbeitung, das Case Management wie auch das Empowerment oder die Sozial- und Gesundheitsberatung (die Liste ist nicht abschliessend) (2005, S. 15–16).

Eine wesentliche Rolle in der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen nimmt der schweizerische Dachverband für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (SAGES) ein. Er setzt sich für die Anerkennung und Stärkung der Sozialen Arbeit in der Gesundheitsversorgung ein wie auch für die Etablierung und Stärkung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Auch dient er als Austauschgefäss der verschiedenen Organisationen, nimmt nach Möglichkeit und bei Bedarf Einfluss auf politische Entscheidungen und unterstützt die Zusammenarbeit von Wissenschaft und Praxis (SAGES, 2024).

Die Herausforderungen wie auch der Aufgabenbereich der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen ist sehr facettenreich und vielfältig. Infolgedessen hat SAGES zusammen mit dem Berufsverband der Sozialen Arbeit, AvenirSocial, im Jahr 2018 ein eigenes Leitbild für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen erarbeitet. Es soll als Grundlage und Auftragsklärung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen dienen. Gemäss diesem Leitbild stehen in der sozialen Arbeit im Gesundheitswesen Personen, welche von einer Krankheit bedroht sind, Personen, welche an einer Beeinträchtigung leiden wie auch jeweils das dazugehörige soziale Netz im Mittelpunkt (AvenirSocial & SAGES, 2018).

Der Gegenstand der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen wird wie folgt definiert (AvenirSocial & SAGES, 2018):

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

Das Leitbild unterscheidet im Gesundheitswesen zwischen zehn Tätigkeitsfeldern (stationären, teilstationären und ambulanten Bereichen), in denen die Soziale Arbeit tätig ist. Diese werden im Folgenden kurz aufgeführt (AvenirSocial & SAGES, 2018):

- somatische Akutspitäler
- Einrichtungen im Bereich der Psychiatrie
- Rehabilitationskliniken
- Suchthilfen
- Gesundheitsligen
- Geriatriische Einrichtungen und Pflegeheime
- Palliative Care und Hospize
- Organisationen der Gesundheitsförderung und Prävention
- gesundheitsbezogene Soziale Arbeit in anderen Praxisfeldern
- Hochschule

Das Leitbild definiert den Auftrag und das Ziel der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen. Dabei ist das Ziel, dass sich die Soziale Arbeit mit den sozialen Aspekten befasst, die dazu beitragen, den Genesungsprozess von Menschen zu fördern, zu unterstützen und positiv zu beeinflussen. Ein weiteres Ziel ist der Schutz von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen sowie von Menschen, die davon bedroht sind. Dabei berücksichtigt die Soziale Arbeit das gesamte soziale System und das dazugehörige Umfeld (AvenirSocial & SAGES, 2018).

In der Schweiz ist die Gesundheitsversorgung auf akuten Handlungsbedarf ausgerichtet. Jedoch haben sich in den letzten Jahren die Prioritäten im Gesundheitsversorgungssystem verschoben. Gründe dafür sind, dass die Menschen zunehmend älter werden und auch die Zahl der chronischen Krankheiten und Mehrfachproblematiken steigt. Daher geht es darum, von der akutmedizinischen Grundversorgung zu einer patient:innenzentrierten langfristigen wirksamen Betreuung hin zu wechseln, welche nachhaltig ist. Dies erkannte auch der Bund, welcher einerseits das Projekt «Koordinierte Versorgung» wie auch das Projekt «Gesundheit2020» hervorrief. «Gesundheit2020» hat das Ziel, diese Weiterentwicklung der ambulanten und stationären Angebote auf die aktuelle Gesundheitsversorgung anzupassen, weiterzuentwickeln und zu modernisieren wie auch auf die aktuellen Herausforderungen, welche gerade in den Bereichen der chronischen und psychischen Krankheiten beachtlich sind, zu reagieren (BAG, 2016).

Das Projekt «Koordinierte Versorgung» hat das Ziel, gerade bei Patient:innen mit sehr komplexen Gesundheitsthemen die Versorgung zu verbessern. Ein weiterer Punkt ist die Überprüfung und Anpassung der Rahmenbedingungen der koordinierten Versorgung, gerade im Hinblick auf die Finanzierung oder auf elektronische Dossiers (BAG, 2016).

Eine Herausforderung ist, dass das Gesundheitssystem und das Sozialwesen getrennte Systeme sind. In der Regel weisen die Bereiche erhebliche Unterschiede in Aufbau und Struktur auf. Die Soziale Arbeit bewegt sich häufig in einem rechtlichen oder finanziellen Graubereich, da sie offiziell, auch wenn im Gesundheitswesen tätig, kein anerkannter Gesundheitsberuf ist. Dies ist auf die rechtlichen und finanziellen Rahmenbedingungen zurückzuführen (Sommerfeld et al., 2016, S. 11).

Homfeldt und Sting weisen darauf hin, dass die Soziale Arbeit im Feld der Gesundheit eher verloren bzw. vergessen geht. Obwohl sie wichtig ist, wird als möglicher Grund

genannt, dass in diesem Bereich andere Disziplinen federführend sind. Zudem fehlt das erweiterte Gesundheitsverständnis, welches neben den körperlichen Aspekten auch die sozialen und die psychischen Aspekte umfasst. Gesetzliche Veränderungen könnten ebenfalls eine Rolle spielen, zum Beispiel wenn die Krankenversicherung die Kosten für sozialarbeiterische Leistungen übernehmen würde (2018, S. 566–567). Dass die Soziale Arbeit im Feld der Gesundheit weniger wahrgenommen wird, kann dazu führen, dass sozialarbeiterische Tätigkeiten von anderen Disziplinen ausgeführt werden.

2.3 Soziale Arbeit in der Psychiatrie

Im frühen 18. Jahrhundert wurden Menschen, die in ihren Familien oder in Krankenhäusern nicht mehr tragbar waren, in speziellen Abteilungen von Zuchthäusern oder in gefängnisähnlichen Anstalten untergebracht. In Europa, wie auch in der Schweiz, wurden die ersten Einrichtungen für psychisch kranke Menschen damals Irrenhäuser genannt. Die Irrenhäuser glichen damals eher Gefängnissen als Pflegeeinrichtungen. Im Laufe der Zeit wurde im psychiatrischen Bereich zunehmend geforscht. In der Schweiz wurde 1870 erstmals eine Klinik für psychisch Kranke eröffnet, anschliessend wurden immer mehr Kliniken eröffnet (Gasser, 2015). Im späten 18. Jahrhundert setzten Reformen ein. Es wurden erstmals milieuthérapeuthische Konzepte angewendet und humanere Bedingungen wurden gefordert. (Brückner, 2015, S. 2). Im Verlauf des 20. Jahrhunderts entwickelte sich zunehmend ein Verständnis für die Soziale Arbeit. Ab den späteren 1950er Jahren spielte die antipsychiatrische Bewegung eine Rolle, welche die Zustände in den Einrichtungen beanstandete und die medizinische Dominanz kritisierte. Es resultierten zwei zentrale Erkenntnisse daraus, welche den Umgang in der Psychiatrie beeinflussten: Es wurde dem subjektiven Erleben der Betroffenen mehr Beachtung geschenkt. Zudem wurde thematisiert, dass sowohl familiäre Strukturen wie auch verschiedene andere Faktoren die Lebenswelt beeinflussen und daher zu berücksichtigen sind (Bischkopf, Deimel, Walther, & Zimmermann 2023, S. 30). Durch das Infragestellen der Anstalten entwickelten sich alternative Betreuungsformen (zum Beispiel wurden ambulante Settings eingeführt) (Bischkopf et al., 2023, S. 30). Weiter spielte die medikamentöse Therapie wie auch die Psychotherapie, welche zunehmend zur Anwendung kamen, eine wesentliche Rolle, dass die Betreuungsformen geöffnet und auch erweitert wurden (Gasser, 2015). Es folgte ab den 1960er Jahren die kritische Auseinandersetzung mit der Institution Psychiatrie. Dabei spielte

die gesellschaftskritische Analyse eine relevante Rolle. Neben den Mitarbeiter:innen setzten sich auch Angehörige, Politiker:innen und Bürgerhelfer:innen ein, damit sich die teils sehr schlechten Bedingungen in den Psychiatrien verbesserten und die psychisch kranken Menschen eine menschenwürdige Betreuung erhielten (Bischkopf et al., 2023, S. 29). Dabei wurden verschiedene Einflüsse, die später in der Sozialen Arbeit eine wichtige Rolle spielen sollten, diskutiert. Beispielsweise wurde in Betracht gezogen, dass soziale Faktoren bei der Entstehung von psychischen Krankheiten eine Rolle spielen. Auch wurden die psychiatrischen Anstalten wegen der Stigmatisierung von psychisch kranken Menschen kritisiert wie auch die Versorgungsqualität, die je nach sozialem Status unterschiedlich gut war (Bischkopf et al., 2023, S. 30). Sommerfeld et al. (2016) schreiben: «Mit der zunehmenden Auflösung der Anstaltenpsychiatrie, spätestens ab den 1970er Jahren und dem damaligen Durchbruch der Idee, der Sozialpsychiatrie, eröffnete sich für die Soziale Arbeit prinzipiell eine neue konzeptionelle Basis für interprofessionelle Aushandlungsprozesse» (S.9). Ferner merken Sommerfeld et al. an, dass die Soziale Arbeit in dieser Zeit insgesamt an Bedeutung gewann und dies sich international betrachtet in unterschiedlichen Formen zeigte (Sommerfeld et al., 2016, S. 9–10). So wurde zunehmend der Begriff der Sozialpsychiatrie genutzt. Kennzeichnend dabei ist, dass psychisch Kranke Menschen als biopsychosoziale Einheit verstanden werden. Diese Einheiten stehen im Wechselspiel zwischen Körper, Seele und den sozialen Bedingungen, die sich gegenseitig beeinflussen und aufeinander wirken. Die soziale Dimension gewann zunehmend an Bedeutung und wurde in den täglichen Therapieprozess miteingebunden. Die sozialen Aspekte wurden im Therapieverlauf angeschaut und trugen zur Heilung bei (Bischkopf et al., 2023, S. 31). Der Sozialpsychiatrie ist auch die Vielfalt der unterschiedlichen Betreuungssettings (ambulant, stationär, Beratungsstellen) zu verdanken (Bischkopf et al., 2023, S. 35).

Bischkopf et al. (2023) beschreiben die Soziale Arbeit in dem psychiatrischen Arbeitsfeld wie folgt: «Soziale Arbeit im psychiatrischen Arbeitsfeld beschäftigt sich dagegen mit den (psycho-)sozialen Belangen psychisch kranker Betroffener und ihren Angehörigen mit dem Ziel, auf den Krankheitsverlauf positiv einzuwirken, die Symptomlast zu verringern und deren soziales, psychisches und körperliches Wohlbefinden im Alltag zu verbessern» (S.28).

Im Vergleich zu früher ist heute die Soziale Arbeit in den meisten Feldern der psychiatrischen Settings gut etabliert und ein fester Bestandteil des interdisziplinären Behandlungsteams (Bischkopf et al., 2023, S. 35). Dies zeigt sich beispielweise darin, dass psychiatrische Kliniken, wie beispielweise die Universitären Psychiatrischen Dienste Bern (UPD), einen internen Sozialdienst haben, der die stationären, die teilstationären wie auch die ambulanten Behandlungsangebote unterstützt und Teil des interprofessionellen Angebots sind (UPD, n. d.). Dies gilt auch für andere ambulante Angebote, beispielsweise im Suchtbereich, wie die Contact Suchtbehandlung, bei der ein interprofessionelles Behandlungsteam die Patient:innen betreut (Contact, n. d.). Dort ist die Soziale Arbeit ein fester Bestandteil des Behandlungsteams. Die Aufgaben der Sozialen Arbeit unterscheiden sich je nach Behandlungssettings und den Aufträgen der Organisation.

Bischkopf et al. haben auf der Grundlage der lebensweltorientierten Sozialen Arbeit einen Handlungsleitfaden konkret für die sozialpsychiatrische Arbeit entwickelt (2023, S. 58). Der Handlungsleitfaden enthält acht Alltagsbereiche und dient dazu, die Lebenswelt der Patient:innen erfragen zu können. Zu den acht Lebensweltbereichen wurden Leitfragen entwickelt, die durch die Sozialarbeit erfragt werden können. Sie sollen als Unterstützung dienen die Lebenswelt der Patient:innen zum Beispiel beim Erstgespräch zu erfassen. Die acht Lebensweltbereiche sind nicht trennscharf voneinander abzugrenzen und können in Wechselwirkung zueinander stehen (Bischkopf et al. 2023, S. 58). Es ist wichtig, zu betonen, dass diese Leitfragen nicht für alle Lebensbereiche der Patient:innen gleichermassen zutreffen. Es gibt Patient:innen, bei denen gewisse Lebensweltbereiche bereits ausreichend Unterstützung erhalten und daher kein Unterstützungsbedarf besteht (Bischkopf et al. 2023, S. 58). Nach Bischkopf et al. (2023, S. 59) umfassen die Leitfragen der Lebensweltbereiche der Sozialen Arbeit mit psychisch kranken Menschen, die geklärt und abgefragt werden sollten, folgende Punkte:

- Materielle Absicherung
- Rechtliche Position
- Wohnsituation und Selbstversorgung
- Tagesstruktur, Beschäftigung und Arbeit
- Soziales Netz
- Kulturelle Teilhabe

- Sicherstellung der Wirksamkeit der ärztlichen, nicht-ärztlichen und ärztlich verordneten Leistungen
- Umgang mit der Erkrankung

2.4 Soziale Arbeit im interprofessionellen Kontext

In unterschiedlichen Bereichen der Sozialen Arbeit spielt die interprofessionelle Zusammenarbeit eine wesentliche Rolle. Dadurch werden unterschiedliche Sichtweisen eingebracht, um komplexe Fallsituationen multiperspektivisch zu betrachten und zu lösen. Im Gesundheitswesen ist die Soziale Arbeit immer Teil eines inter- oder transdisziplinären Teams, bestehend aus Sozialarbeiter:innen, Mediziner:innen und den Pflegefachpersonen. Nicht selten wird das Team durch Psycholog:innen, Physiotherapeut:innen oder Fachpersonal aus anderen Disziplinen erweitert und ergänzt. Homfeldt und Sting merken an (2018, S. 576): «Da sich die Gesundheit und Krankheit im Schnittfeld verschiedener Disziplinen und Professionen bewegen, ist eine interinstitutionelle und interprofessionelle Kooperation zwischen den Systemen der Sozialen Arbeit, des Gesundheitswesens, der Behindertenhilfe, der Rehabilitation und auch des Bildungswesens unerlässlich.» Ein Faktor, welcher eine Rolle spielt, sind die vielfach sehr komplexen Gesundheitsprobleme, welche zusätzliche Schwierigkeiten mit sich bringen, wie beispielsweise familiäre Probleme, Suchterkrankungen bis hin zu Kindeswohlgefährdungen (Homfeldt, 2012, S. 497).

Gemäss Bundesamt für Gesundheit (BAG, 2017) steht die Schweiz vor verschiedenen Herausforderungen im Gesundheitswesen. Einerseits zeichnet sich ein Fachkräftemangel ab, andererseits wird die Bevölkerung älter und die Krankheitsverläufe werden zunehmend komplexer und können sich chronifizieren. Um bei diesen vielschichtigen Themen und Problemen unterstützend zu agieren, hat das BAG die interprofessionelle Zusammenarbeit als möglichen Lösungsansatz erkannt und diese auch im Rahmen eines Förderprogramms, welches zwischen 2017 und 2020 durchgeführt wurde, unterstützt. Ziel war es, die Herausforderungen und Potenziale der interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zu untersuchen und bewährte Praxismodelle zu dokumentieren, damit Personen aus privaten und aus öffentlichen Organisationen wie auch von Bund, Kantonen und Gemeinden einen Überblick dazu erhielten. Dies soll einen Beitrag dazu leisten, damit diese Modelle in Zukunft umgesetzt würden, mit dem Ziel, die Effizienz und Qualität der Gesundheitsversorgung zu verbessern (BAG, 2017).

Dass eine gute Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen im Gesundheitswesen ein wichtiger Erfolgsfaktor für eine gelingende Behandlung ist, hat auch die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMV) erkannt. Im Jahr 2014 gab sie die Charta 1.0 als Grundlage heraus (SAMV, 2020, S. 3).

Im Jahr 2020 wurde diese angepasst und eine neue Charta 2.0 herausgegeben, welche das heutige Verständnis von interprofessioneller Zusammenarbeit im Gesundheitswesen beschreibt. Sie soll als Orientierung für Personen, welche im Gesundheitsbereich tätig sind, für Institutionen wie auch für Berufsverbände dienen und einen verbindlichen Charakter haben (SAMW, 2020, S. 3)

Dabei definiert sie das Grundverständnis von Interprofessionalität wie folgt (WHO zitiert nach SAMW, 2020):

Interprofessionalität im Gesundheitsbereich ist gemäss Weltgesundheitsorganisation (WHO) dann gegeben, wenn mehrere Gesundheitsfachleute mit unterschiedlichen beruflichen Hintergründen so zusammenarbeiten, dass sie zu einem gemeinsam geteilten Verständnis kommen, das sie vorher noch nicht hatten und zu dem sie ohne einander nicht hätten kommen können. Neben den Gesundheitsfachleuten mit klinischer Ausbildung gibt es immer mehr Fachleute im Gesundheitswesen, die für die soziale, spirituelle oder systemische Unterstützung im Versorgungsverlauf mitwirken oder für Qualitäts- bzw. Ergebnisüberprüfung oder Forschung und Innovation zuständig sind und die ebenfalls an dieser interprofessionellen Zusammenarbeit beteiligt sind (z.B. Sozialarbeit, Seelsorge, IT, Ökonomie etc.). Für eine qualitativ hochstehende und sichere Gesundheitsversorgung braucht es alle diese Fachleute und die Charta schliesst sie entsprechend mit ein (S. 4).

Die vorliegende Arbeit stützt sich auf diese Definition von Interprofessionalität der WHO.

Seit einigen Jahren wird eine verstärkte Interprofessionalität gefordert, damit die Versorgungsqualität verbessert wird. Wie die SAMV in ihrem Bericht zur interprofessionellen Zusammenarbeit in der Gesundheitsversorgung schreibt, ist diese ein wichtiger Teil in der Gesundheitsversorgung. Es gibt immer wieder Hindernisse und Herausforderungen, welche in der interprofessionellen Zusammenarbeit entstehen und zu bewältigen sind (SAMW, 2020, S. 3).

Wie an den beschriebenen Beispielen gesehen, wurde die Bedeutung der Interprofessionalität von zahlreichen Organisationen im Gesundheitswesen erkannt und es wurden zunehmend Leitbilder und verschiedene Modelle dazu entwickelt. Eine im Auftrag der SAMW durchgeführte Studie untersuchte, wie interprofessionelle Zusammenarbeit in der Praxis gelingen kann, was Gesundheitsfachpersonen unter Interprofessionalität verstehen und wie diese in fünf unterschiedlichen medizinischen Settings, drunter auch die Psychiatrie, gestaltet wird (Atzeni, Schmitz & Berchtold, 2017, S. 8–9). Bei der Studie wurden drei unterschiedliche Formen der Zusammenarbeit identifiziert (Atzeni et al., 2017, S. 5–6).

Abbildung 5 zeigt die drei unterschiedlichen Formen gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. Dabei wird zwischen folgenden drei Formen unterschieden: koordinative Verdichtung, projekthafte Verdichtung und ko-kreative Verdichtung. (Atzeni et al., 2017, S. 25).

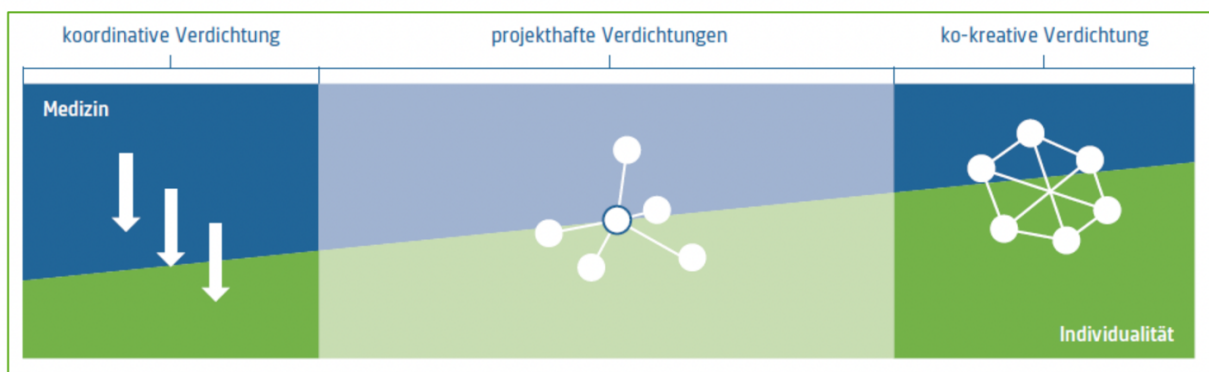


Abbildung 4. Drei Formen gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit

Quelle: (Atzeni et al., 2017, S. 7).

Bei der koordinativen Verdichtung geht es um die Klärung definierter Handlungsmuster, welche zum Beispiel eher in der Chirurgie vorkommen und die meist der ärztlichen Kompetenz untergeordnet sind. Es wird eher nacheinander am Fall gearbeitet und die Ergebnisse werden ausgetauscht (Atzeni et al., 2017, S. 6). Bei der ko-kreativen Verdichtung geht es darum, dass die unterschiedlichen Berufsgruppen gemeinsam und zusammen mit den Patient:innen nach Lösungen suchen und Entscheidungen treffen. Die Ergebnisse werden zusammen erzielt (Curaviva, 2022, S. 4). In der Mitte zwischen der koordinativen Verdichtung und der ko-kreativen Verdichtung befindet sich die projekthafte Verdichtung. Dabei wird eher die punktuelle Zusammenarbeit genannt wie

zum Beispiel Rundtischgespräche, es wird eher nebeneinander, am gleichen Fall gearbeitet und die Ergebnisse werden verknüpft (Curaviva, 2022, S. 4).

Das Schema lässt sich auf verschiedene Bereiche anwenden. So auch für die Psychiatrie. In der psychiatrischen Versorgung werden immer wieder die individuellen Punkte genannt. Im Vergleich zu anderen medizinischen Bereichen zeichnet sich der psychiatrische Bereich dadurch aus, dass häufig komplexe psychische, physische und auch soziale Probleme kombiniert sind. Die Bearbeitung dieser komplexen Problemlagen ist nicht alleine zu bewältigen und daher ist auch die Wertschätzung der verschiedenen Berufsgruppen untereinander meist hoch. Dabei wird der Bereich zwischen der projekthaften Verdichtung und der ko-kreativen Verdichtung häufig in Zusammenhang in der Psychiatrie genannt (Atzeni et al., 2017, S. 37–38).

Der Erfolg der Form der interprofessionellen Zusammenarbeit hängt vom Kontext ab und muss differenziert betrachtet werden. Als erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit werden zwei Punkte hervorgehoben. Erstens ist eine konstruktive Zusammenarbeit der unterschiedlichen Berufsgruppen auf Augenhöhe wichtig, um eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit zu haben. Als zweiter Punkt wird genannt, dass die Umverteilung oder Delegation von Aufgaben zwischen den verschiedenen Berufsgruppen nicht automatisch als interprofessionelle Zusammenarbeit betrachtet werden kann. Vielmehr geht es um die Abstimmung der Arbeitsabläufe im Arbeitsalltag (Atzeni et al., 2017, S. 7).

2.5 Gesetzliche und finanzielle Rahmenbedingungen

Die Finanzierung des Gesundheitswesens in der Schweiz ist komplex. Sie ist kantonal unterschiedlich geregelt, was auf den Föderalismus zurückzuführen ist. Auch ist die Gesundheitspolitik nicht zentral an einer Stelle geregelt, sondern eine Aufgabenteilung zwischen Bund, Kantonen und Gemeinden. Um ein Verständnis und einen Einblick zu erhalten, werden nachfolgend die wesentlichen Aspekte Aufträge des schweizerischen Gesundheitssystems erläutert.

Der Bund ist für die obligatorische Krankenpflegeversicherung (OKP) zuständig und übt die Aufsicht über die Krankenversicherungen aus (Egger, Dorner, Simon & Schwappach, 2018, S. 125).

Die Kantone sind verantwortlich für die Sicherstellung der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung. Weiter haben sie verschiedene Zuständigkeiten wie beispielsweise die Subventionierung und Finanzierung von Einrichtungen, die Subventionierung der Krankenkassenprämien sowie die Regelung der Zulassung und Ausbildung von Gesundheitsberufen (Egger et al., 2018, S. 123). Weiter obliegt dem Kanton die Verantwortung für Prävention, Gesundheitsförderung und Umweltschutz. Insgesamt haben die Kantone weitgehende Rechte und Pflichten im Gesundheitsbereich und können die Bestimmungen des Bundes durch kantonale Ausführungsgesetze ergänzen (Egger et al., 2018, S. 123).

Die Aufgaben, welche die Gemeinden übernehmen, variieren und hängen mit der Gemeindegrösse zusammen. Insbesondere kleinere Gemeinden schliessen sich häufig mit anderen Gemeinden zusammen, um die Aufgaben zu übernehmen und auszuführen. Die Gemeinden beteiligen sich an der Gesundheitsversorgung, indem sie Pflegeeinrichtungen betreiben, ambulante Pflege zu Hause anbieten (Spitex) und die Koordination des Rettungsdienstes übernehmen (Egger et al., 2018, S. 123).

Das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) regelt die Absicherung der Schweizer Einwohner:innen im Krankheitsfall, bei Mutterschaft oder bei Unfall. In der Schweiz ist die OKP (Grundversicherung) für alle Einwohner:innen obligatorisch. In der Schweiz gibt es ungefähr 50 Krankenkassen, welche vom Bund anerkannt sind. Die Einwohner:innen können die Krankenkasse frei wählen. Die Krankenkassen sind verpflichtet, die gleichen Leistungen in der Grundversicherung anzubieten. Die Kosten sind abhängig von Wohnort, Alter und der Höhe der Franchise unterschiedlich (Departement für auswärtige Angelegenheiten [EDA], n.d.). Die Bedingung für die Übernahme der Krankheitskosten ist, dass es Pflichtleistungen der OKP sind, welche durch die zugelassenen Leistungserbringenden erbracht werden. Die Massnahmen müssen zweckmässig und wirksam sein (Egger et al., 2018, S. 125). Neben der obligatorischen Grundversicherung gibt es die Zusatzversicherung. Diese ist freiwillig und die Krankenkassen sind nicht zur Kostenübernahme verpflichtet. Auch unterscheiden sich die Zusatzversicherungen untereinander.

Die Versicherten tragen einen Teil der Krankheitskosten bei, einerseits durch die Franchise, die zwischen 300 und 2500 Franken beträgt, andererseits zusätzlich durch den

Selbstbehalt, der 10 Prozent der Kosten und maximal 700 Franken pro Jahr bei den Erwachsenen beträgt (Egger et al., 2018, S. 125).

Die medizinische Grundversorgung ist unterschiedlich organisiert. Die stationäre Krankenversorgung wird sowohl von öffentlich-rechtlichen Spitälern wie auch von privatrechtlichen Einrichtungen sichergestellt. Private Spitäler können vom Kanton Gelder erhalten, sofern sie über eine Notfallstation verfügen und in der Lehre und Forschung tätig sind (Egger et al., 2018, S. 129). Ein weiterer wichtiger Bereich ist die ambulante und stationäre Pflege. Die stationäre Langzeitpflege ist auch öffentlich oder privat organisiert. Die privaten Organisationen können auch subventioniert werden (Egger et al., 2018, S. 130). Die ambulante Pflege wird durch die Spitex ausgeführt. Die ambulante Pflege umfasst pflegerische Leistungen, aber auch spezifische Psychiatriespitex und die Haushaltshilfe. Diese können privat oder öffentlich mit Subventionen organisiert sein (Egger et al., 2018, S. 129).

Daneben gibt es noch diverse Selbsthilfegruppen, Gesundheitsligen wie auch das Rote Kreuz (Egger et al., 2018, S. 130).

Für die Abrechnung der ambulanten ärztlichen Leistungen in Arztpraxen und in Spitälern gibt es die sogenannte Tarifstruktur TARMED. Diese Tarifstruktur wurde per 1. Januar 2004 gesamtschweizerisch eingeführt. Bis zu diesem Zeitpunkt waren die Tarifstrukturen kantonale unterschiedlich geregelt (BAG, 2023a.). Aktuell ist eine Revision des ambulanten Arzttarifs geplant. Dabei wird TARMED neu durch die Einzelleistungstarifstruktur TARDOC ersetzt (BAG, 2023a.).

3. Forschungsstand und innovative Projekte zur Sozialen Arbeit in Hausarztpraxen

Wie bereits erwähnt, ist der aktuelle Forschungsstand zu Sozialer Arbeit in der Hausarztpraxis sehr begrenzt. Die Forschung zur Sozialen Arbeit in der psychiatrischen Praxis ist nicht vorhanden oder nicht bekannt. Daher wird der Forschungsstand zusammen mit innovativen ähnlichen Projekten zur Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis vorgestellt. Zunächst erfolgt eine Darstellung des aktuellen Forschungsstands und innovativer Projekte auf internationaler Ebene. Anschliessend wird auf den Forschungsstand und innovative Projekte in der Schweiz eingegangen. Abschliessend werden mögliche Finanzierungsmodelle in der Schweiz erläutert

3.1 Forschungsstand und innovative Projekte auf internationaler Ebene

Im Ausland gibt es in Bezug auf die Soziale Arbeit in Hausarztpraxen unterschiedliche ähnliche Modelle, welche mit denen in der Schweiz vergleichbar sind (Rüegg et al., 2022b, S. 24). Häufig handelt es sich im Ausland um Gesundheitszentren, welche u.a. auch Sozialarbeitende innerhalb des Zentrums angestellt haben. In Kanada beispielsweise gibt es die sogenannten «Family Health Teams», bei denen alle Patient:innen einen persönlichen Hausarzt oder eine persönliche Hausärztin erhalten, welche eng mit den Pflegefachpersonen zusammenarbeiten (Schaeffer et al., 2015, S. 36). Ein wichtiges Merkmal der Gesundheitszentren ist die Multiprofessionalität, dass weitere Berufsgruppen wie beispielsweise Psycholog:innen, Sozialarbeiter:innen, Pharmazeut:innen oder Ergotherapeut:innen zum Team dazugehören und bei Bedarf hinzugezogen werden (Schaeffer et al., 2015, S. 37). So ist die umfassende Versorgungsqualität gegeben (Schaeffer et al., 2015, S. 36). Auch in Ländern wie beispielsweise den USA, Australien, Schweden oder Belgien entstehen zunehmend solche Gesundheitszentren. Nirgends setzen diese sich so flächendeckend durch wie in Finnland. Dort übernehmen die multiprofessionellen Gesundheitszentren einen Grossteil der medizinischen Grundversorgung (Schaeffer et al., 2015, S. 95). Die Aufgaben sind sehr vielfältig und individuell. Sie reichen von präventiven über medizinische bis hin zu sozialen Anliegen, um die sich die entsprechenden Fachpersonen kümmern (Schaeffer et al., 2015, S. 96). Dazu gibt es vergleichende Auswertungen von Primärversorgungsmodellen, welche aufzeigen, dass diese Zentren vor allem chronisch kranke Menschen wie auch Menschen aus sozioökonomisch benachteiligten

Gesellschaftsgruppen behandeln und sich durch diese Modelle auch die Versorgung von älteren Menschen verbessert (Schaeffer et al., 2015, S. 116–117).

Ein anderer vergleichbarer Ansatz, der in die ähnliche Richtung zielt wie die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis, sind die sogenannten «sozialen Rezepte», zu englisch «Social Prescribing» genannt. Das Modell des «Social Prescribing» hat seinen Ursprung in Grossbritannien. Der Ansatz besteht darin, dass Patient:innen mit psychosozialen Problemen eine sogenannte «Verordnung» durch den Arzt oder die Ärztin erhalten. Die Verordnung ermöglicht eine Vermittlung an sogenannte «Link Worker», die dann gemeinsam mit den Patient:innen klären, welche psychosoziale Unterstützung benötigt wird. Dies kann zum Beispiel die Teilnahme an einem Tanzkurs, einem Sprachkurs oder eine Weitervermittlung an ein spezialisierteres Beratungsangebot sein. Die Idee dabei ist die, dass psychosoziale Faktoren im Genesungsprozess eine wichtige Rolle spielen und so positiv unterstützend den Genesungsprozess beeinflussen können. Die «Link Worker» in Grossbritannien sind nicht gleichzusetzen mit Fachpersonen der Sozialen Arbeit. «Link Worker» gehören einer neuen Berufsgruppe an, welche als vermittelnde Instanz zwischen der Medizin und dem Gesundheitswesen dient (Berner Fachhochschule [BFH], 2024).

Dieses Konzept der «sozialen Rezepte» hat sich inzwischen auch in Österreich etablieren können (Medinside, 2024).

Auch in Österreich gehört inzwischen die Zusammenarbeit von Hausärztinnen und Hausärzten und Sozialarbeitenden in Gesundheitszentren zum Arbeitsalltag. Dort sind häufig Sozialarbeitende als «Link Worker» tätig und übernehmen im «Social-Prescribing»-Prozess eine wichtige Rolle (Medmedia, 2023). Es ist festzuhalten, dass das Angebot in den verschiedenen Ländern sehr unterschiedlich umgesetzt wird. Teils arbeiten die «Link Workers» in Gesundheitszentren, teils sind sie in der Verwaltung tätig (BFH, 2024). Da dies jedoch eine neue Form ist, gibt es noch nicht Forschungsergebnisse, welche die langfristige Wirksamkeit belegen.

Ein ähnliches Projekt ist das Modellprojekt «Arztpraxisinterne Sozialberatung in Lichtenberg», das aus Deutschland kommt. Dieses Projekt wurde von Januar 2021 bis Dezember 2022 wissenschaftlich begleitet. Das Beratungs- und Betreuungsangebot richtet sich vorwiegend an vulnerable Personen und ältere Menschen (Institut für Gerontologische Forschung e. V., 2022, S. 4). Dabei arbeiteten Sozialarbeitende

regelmässig (1–3x wöchentlich) in Hausarztpraxen (Einzelpraxen und Gruppenpraxen) und boten Sprechstunde und bei Bedarf Begleitung oder auch Hausbesuche bei den Patient:innen an (Institut für Gerontologische Forschung e. V., 2022, S. 12). Die Auswertung erfolgte über eine schriftliche Befragung der Ärzteschaft, des medizinischen Personals wie auch der älteren Patient:innen (60+) (Institut für Gerontologische Forschung e. V., 2022, S. 14). Aus den Aussagen der Interviews geht hervor, dass die Arbeit der Sozialarbeitenden zu einer zeitlichen Entlastung der Ärzteschaft sowie des medizinischen Personals führt. Zudem wurden die Hausbesuche bei den Patient:innen durch die Sozialarbeitenden von der Ärzteschaft als unterstützend beurteilt, da sie so einen Einblick in die Wohnsituation zuhause erhielten und bei Bedarf intervenieren und die Patient:innen unterstützen konnten. Die Interviews zeigten auch, dass die soziale Perspektive besser berücksichtigt wurde und darauf eingegangen werden konnte. Auch die Ärztinnen und Ärzte hatten den Eindruck, dass sich die Stimmung der Patient:innen durch die soziale Beratung und Begleitung verbesserte. Positiv bewertet wurden auch die kurzen Kommunikationswege zwischen Sozialarbeit, Ärzteschaft und Praxismitarbeitenden, die im Vergleich zu externen Beratungsstellen eine schnellere und unkompliziertere Intervention ermöglichten. Seitens der Ärzteschaft wurde eine längerfristige Fortführung des Projekts gewünscht, was aufgrund der finanziellen Unsicherheit nicht bestätigt werden konnte (Institut für Gerontologische Forschung e. V., 2022, S. 36–39).

McGregor, Mercer und Harris stellten fest, dass die wissenschaftliche Evidenz zu verbesserten Gesundheitsresultaten durch Sozialarbeit in der Gesundheitsversorgung begrenzt sind. Für die Auswahl wurden neun elektronische Datenbanken für die Jahre 1990 bis 2015 durchsucht und anschliessend eine Auswahl von sieben Forschungsstudien zu dieser Thematik ausgewertet und eine Synthese durchgeführt, um die Bedeutung der Sozialarbeit in der Primärversorgung/Hausarztpraxis zu untersuchen und aufzuzeigen (McGregor et al., 2018, S. 1). Die Studien stammen aus den USA, aus Grossbritannien und eine aus Israel (McGregor et al., 2018, S. 4). Im Folgenden werden die wesentlichen Ergebnisse der Synthese erläutert.

McGregor et al. (2018, S. 1) schreiben, dass in Grossbritannien 80 Prozent der Hausarztbesuche aufgrund chronischer Krankheiten oder psychischer Krankheiten stattfinden (McGregor et al., 2018, S. 1). Allgemein hält der Bericht fest, dass vieles darauf hindeutet, dass es eine empirische Evidenz gibt, dass sozialarbeiterische

Interventionen wirksam sind. Jedoch fehlen kontrollierte Studien, welche die Wirksamkeit der Interventionen belegen (McGregor et al., 2018, S. 2). Alle untersuchten Studien betrafen Patient:innen mit chronischen, multiplen Morbiditäten (McGregor et al., 2018 S. 9). Eine Studie zur Wirksamkeit von sozialarbeiterischen Interventionen, welche bei Menschen mit Depressionen und Angst durchgeführt wurde, hat aufgezeigt, dass der Depressionswert bei den Patient:innen gesunken ist (McGregor et al., 2018, S. 6). Die Synthese zeigte weiter auf, dass die Sozialarbeit in der Hausarztpraxis kostensenkend sein kann. Eine Studie belegte, dass die Durchschnittskosten der Patient:innen sanken (McGregor et al., 2018, S. 2). Weiter konnte die Ressourcenschließung verbessert werden und die Patient:innen erhielten Zugang zu einer passenden Behandlung (McGregor et al., 2018, S. 8). Die Studien zeigten eine Verbesserung der körperlichen Aktivität, der subjektiven Gesundheit und des Selbstmanagements während der Intervention (McGregor et al., 2018, S. 7). Bei Menschen mit einer Depression konnte festgestellt werden, dass nach einer psychosozialen Intervention eine verbesserte Funktionsfähigkeit vorhanden war. Auch die Gefahr, sich Gesundheitsrisiken auszusetzen, wurde vermindert und die Akzeptanz, an psychiatrischen Behandlungen teilzunehmen, verbesserte sich (McGregor et al., 2018, S. 8). Weiter zeigt die Synthese auf, dass fünf der untersuchten Studien hervorheben, dass es wichtig ist, psychische Gesundheitsprobleme im sozialen Kontext zu behandeln (McGregor et al., 2018, S. 9).

3.2 Forschungsstand und innovative Projekte in der Schweiz

Im folgenden Kapitel wird der aktuelle Forschungsstand zur Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis und ähnliche Projekte in der Schweiz erläutert.

Durch die zunehmende Verlagerung in den ambulanten Sektor nimmt die Zusammenarbeit mit den Sozialarbeitenden eine wichtige Rolle in der Gesundheitsversorgung ein (Pahud, 2019, S. 38).

Wie die Analyse und der Obsan-Bericht zur Situation der Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung in der Schweiz und im internationalen Vergleich zeigen, werden Themen wie Isolation und Einsamkeit der Patient:innen von der Ärzteschaft häufig erfasst. Aber auch Themen wie die finanzielle Sicherheit und Probleme mit der Wohnsituation werden häufig genannt (Pahud, 2019, S. 34).

In der Schweiz ist das Thema der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis bisher unzureichend erforscht. Es mangelt an grundlegenden Forschungsarbeiten zu diesem Thema. Die Thematik hat erst in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen und geriet in den Fokus (Rüegg et al., 2022a, S. 5).

Während in einigen Ländern die Soziale Arbeit bereits häufiger genutzt wird und zum Arbeitsalltag in medizinischen Praxen dazugehört, ist es in der Schweiz eher selten, dass Sozialarbeitende direkt in den Hausarztpraxen angestellt sind oder dass eine enge Zusammenarbeit mit externen Sozialarbeitenden besteht. Bislang ist es gängige Praxis, dass neben den Ärzten auch Pflegefachpersonen oder medizinische Praxisassistent:innen in Praxen tätig sind, während eine systematische Zusammenarbeit mit der Sozialen Arbeit bislang nicht etabliert ist. Im Rahmen eines zweijährigen Innovations- und Forschungsprojekts, das von der Schweizerischen Agentur für Innovationsförderung (Innosuisse) finanziert wurde, hat sich die BFH mit dem Thema der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis auseinandergesetzt und vier unterschiedliche Pionierangebote begleitet, die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis in der Schweiz anbieten. Dabei wurde auch eine empirische Nutzen- und Wirkungsanalyse durchgeführt und entsprechende Grundlagen ausgearbeitet (Rüegg et al., 2022b, S. 3).

Rüegg et al. unterscheiden zwischen drei idealtypischen Modellen, wie die Sozialberatung in der Praxis umgesetzt werden kann (Rüegg et al. 2022b, S. 29–30).

Dabei gibt es die Sozialberatung in der Praxis. Die Sozialarbeitenden sind von der Praxis oder dem Praxiszentrum angestellt und arbeiten dort vor Ort. Ein zweites Modell ist die externe Sozialberatung, wo die Sozialarbeitenden durch eine externe Organisation oder von Gemeinden angestellt sind und verschiedene Praxen vor Ort bedienen. Als drittes Modell gibt es die externe Sozialberatung, wo die Termine ausserhalb der Praxis stattfinden. Die Sozialarbeitenden sind extern angestellt oder selbständig. Die Patient:innen werden an die Sozialarbeit vermittelt, welche dann einen Termin vergibt (Rüegg et al., 2022b, S. 30–31).

Weiter unterscheiden Rüegg et al. idealtypische Rollen, welche für die Sozialarbeitenden in der Hausarztpraxis denkbar sind, diese können je nachdem auch mehrere Rollen einnehmen oder es kann zu Überschneidungen zwischen ihrer Rolle und derjenigen der Ärzteschaft kommen, wobei es einer Klärung bedarf (Rüegg et al., 2022b, S. 33–34). Folgende Rollen werden genannt:

- Casemanager:in
- Netzwerker:in
- Sozialberater:in
- Beratung und Schulung für Arztpraxen
- Psychosoziale Berater:in

Wie bereits erwähnt, wurden neben den Grundlagen der Sozialen Arbeit auch die Auswirkungen der Sozialberatung auf die Patient:innen erforscht, um zu untersuchen, welchen Einfluss die Soziale Arbeit auf die Gesundheit der Betroffenen hat. Zudem wurde der Nutzen der Sozialberatung für die Ärzteschaft untersucht (Rüegg et al., 2022a, S. 5). Im Folgenden werden die Forschungsergebnisse erläutert.

Ungefähr die Hälfte der Überweisungen an die Sozialarbeitenden litten an einer psychischen Krankheit oder an Demenz, was überdurchschnittlich hoch ist (Rüegg et al., 2022a, S. 17–18). Häufig litten die Patient:innen an einer chronischen Erkrankung (Rüegg et al., 2022a, S. 29).

Die meist genannten Gründe für eine Überweisung an die Sozialberatung waren finanzielle Schwierigkeiten. Fast jede zweite Person gab an, finanzielle Probleme zu haben und benötigte diesbezüglich Unterstützung. Ebenfalls häufig genannt wurde bei der Befragung der Unterstützungsbedarf bei Versicherungsfragen im Alltag (Rüegg et al., 2022a, S. 19). Diese Auswertung deckte sich mit den Interviews der Ärzteschaft, welche auch im Rahmen dieser Forschung durchgeführt wurden und zeigten, dass dieser Themenbereich einen erheblichen Raum in der Sozialberatung einnahm (Rüegg et al., 2022a, S. 19). Wie man in der nachfolgenden Abbildung erkennen kann, waren die Gründe für die Überweisung sehr unterschiedlich. Mehrfachnennungen waren möglich. (Rüegg et al., 2022a, S. 19).

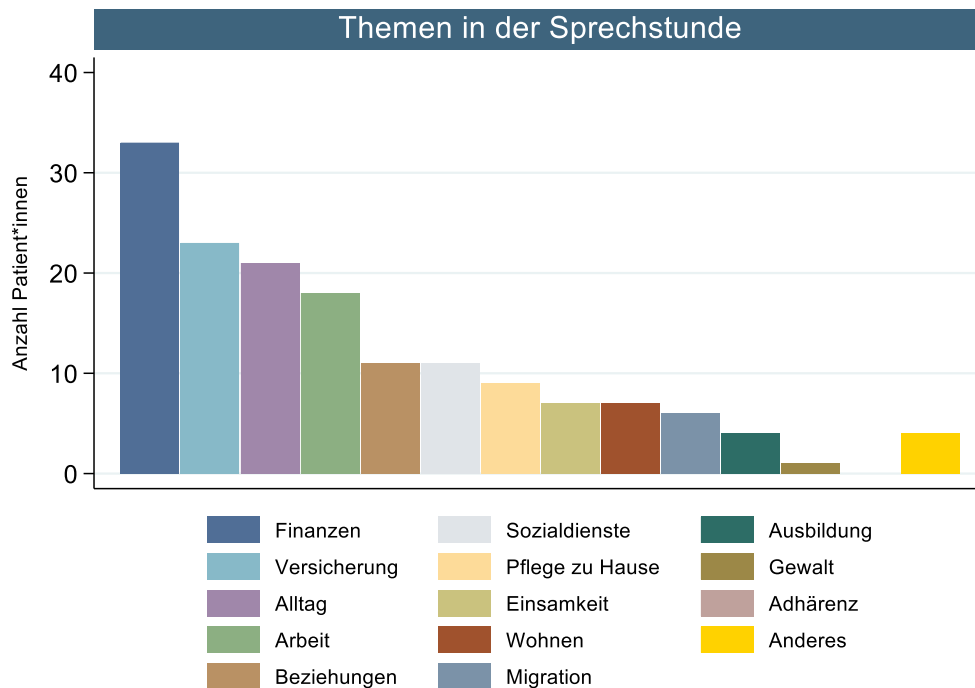


Abbildung 5. Gründe für eine Überweisung an die Sozialberatung

Quelle: Rüegg et al., 2022a, S. 19

Zudem wurden die Besuche beim Hausarzt beziehungsweise bei der Hausärztin sowie andere medizinische Dienstleistungen untersucht. Es zeigte sich, dass sich die Anzahl der Besuche beim Hausarzt oder der Hausärztin sowie die Inanspruchnahme anderer medizinischer Dienstleistungen im Verlauf der Nutzung der Sozialberatung verringerte (Rüegg et al., 2022a, S. 21). Ebenfalls wurden Veränderungen des Gesundheitszustands im Verlauf der Sozialberatung erfasst. Während der Anteil derjenigen, die ihre Gesundheit als «gut» bezeichneten, stabil blieb, gab es bei der psychischen Gesundheit eine deutliche Veränderung (Rüegg et al., 2022a, S. 22). Rüegg et al. schreiben: «Im Verlauf der Sozialberatungen hat sich der Anteil derjenigen mit Nervosität, Ängstlichkeit und Anspannung, mit unkontrollierbaren Sorgen und Einschlafschwierigkeiten verkleinert» (2022a, S. 22).

Auch hinsichtlich der Lebensqualität konnte eine Verbesserung der finanziellen Situation festgestellt werden (Rüegg et al., 2022a, S. 30). Die Auswertung zeigte, dass die Patient:innen mit dem Angebot sehr zufrieden waren, wie die Nachbefragung ergab. 84,8 Prozent der Befragten (N= 36) waren sehr zufrieden und 12,2 Prozent gaben an, eher zufrieden gewesen zu sein (Rüegg et al., 2022a, S. 27).

Die Sozialarbeit in der Arztpraxis bringt nicht ausschliesslich den Patient:innen, sondern auch der Ärzteschaft einen Mehrwert. Dies zeigte sich konkret darin, dass die Ärzteschaft bei der Befragung angab, durch die Sozialberatung mehr Zeit für medizinische Behandlungen zu haben. Weiter gaben 95 Prozent der befragten Ärzte und Ärztinnen an, dass sie eine Verbesserung der Arbeitszufriedenheit verspürten, seit die Sozialberatung eingeführt wurde (Rüegg et al., 2022a, S. 33).

Die Studie zeigte ausserdem, dass alle befragten Ärztinnen und Ärzte nicht nur eine Verbesserung ihrer eigenen Arbeitszufriedenheit, sondern auch eine Verbesserung der Versorgungsqualität für ihre Patient:innen wahrnahmen (Rüegg et al., 2022a, S. 35).

Von den vier Pionierangeboten, die an der Studie der BFH teilgenommen haben, waren einige psychiatrische Praxen darunter. Es wurden jedoch keine spezifischen Auswertungen dazu durchgeführt.

Ähnlich wie im Ausland läuft derzeit auch in der Schweiz ein Pilotprojekt in der Stadt Zürich, das 2024 begonnen hat und bis 2028 dauern soll. Wie aus der Weisung des Stadtrats an den Gemeinderat hervorgeht, soll im Rahmen des Pilotprojekts die Wirkung von «Social Prescribing» wissenschaftlich begleitet und evaluiert werden. Die Umsetzung erfolgt in vier Ambulatorien des Stadtspitals Zürich. Die Umsetzung erfolgt in vier verschiedenen Ambulatorien (Memory Clinic, rheumatologisches Ambulatorium, Long-Covid-Sprechstunde, Institut für Dermatologie und Venerologie) mit unterschiedlichen Patient:innengruppen (Stadt Zürich, 2024, S. 3–5). Im Vergleich zu Grossbritannien übernimmt primär die Sozialarbeit den Aufgabenbereich der «Link Worker» und steht beratend der Ärzteschaft zur Seite. Bei entsprechender Weiterbildung gebe es auch die Möglichkeit, dass die Person aus dem Gesundheitswesen kommt. Die «Link Worker» arbeiten jeweils direkt in den Ambulatorien, sind aber den Sozialen Diensten der Stadt Zürich unterstellt (Stadt Zürich, 2024, S. 8). Aktuell ist die Planung und Konzeptionierung im Gange, geplant ist, dass im Sommer 2025 die Arbeit der «Link Workers» aufgenommen wird (Stadt Zürich, 2024, S. 9). Es liegen daher noch keine Daten vor.

Ein neuer Ansatz in der ambulanten psychiatrischen Versorgung ist der Einsatz von Sozialarbeit in der psychiatrischen Spitex. Ein Beispiel hierfür ist die Praxis für

ambulante psychiatrische Spitex (Pfapp) in Bern, die aus Fachpersonen der Pflege sowie aus Sozialarbeitenden besteht und multidisziplinär arbeitet (Pfapp, 2021).

In der Ostschweiz war ein Projekt geplant. Dieses sollte vier Jahre dauern. Es sollte die Machbarkeitsprüfung der Sozialarbeit in der Hausarztpraxis initiieren. Ziel war es, die Wirksamkeit, die Wirtschaftlichkeit und die Zweckmässigkeit der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis zu überprüfen. Das Projekt wurde 2020 bei der Gesundheitsförderung Schweiz zwecks Finanzierung eingereicht, jedoch abgelehnt. Daher konnte das Projekt nicht realisiert werden. Eine Begründung der Ablehnung lautete, dass es ein interessantes Projekt sei, jedoch durch eine bessere Vernetzung der bereits bestehenden sozialen Dienste mit der Ärzteschaft verbessert werden könnte (Hosek, Honegger & Stadler, 2020, S. 41).

Eine aktuelle Masterarbeit, die im Rahmen des Master of Advanced Studies in Kindes- und Erwachsenenschutz verfasst wurde, befasst sich mit der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis in Bezug auf den Erwachsenenschutz. Sie beschäftigt sich mit dem Potential der Sozialen Arbeit für den Erwachsenenschutz und welchen Beitrag diese leisten kann und kommt zum Schluss, dass sie insbesondere im Erwachsenenschutz eine präventive Funktion übernehmen kann. Weiter wird festgehalten, dass gesundheitlich-soziale Abwärtsspiralen in der Hausarztpraxis früher erkannt werden können als in anderen sozialen Bereichen, wie dem Sozialdienst. Somit können frühere Interventionen im Erwachsenenschutz geplant werden. Die Sozialarbeit in der Hausarztpraxis kann ausserdem während des gesamten Prozesses der Errichtung von Erwachsenenschutzmassnahmen Unterstützung bieten (Kummer, 2023, S. 78).

Forschungslücken

Trotz breiter Zustimmung und Zahlen, die den Bedarf belegen, gibt es verschiedene Bereiche, die noch nicht oder nur unzureichend erforscht sind. Im Bereich der psychiatrischen Praxen und der Sozialarbeit gibt es derzeit keine Daten, das Thema wurde noch nicht weiter erforscht und es fehlen Langzeitstudien.

3.3 Finanzierungsmodelle für die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis

Die Finanzierung für die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis ist ein grundlegendes und bedeutsames Thema. Mit der zunehmenden Wichtigkeit der ambulanten

Behandlung können im Vergleich zum stationären Bereich aufgrund des Finanzierungssystems (TARMED) die sozialen Leistungen im ambulanten Bereich nur begrenzt abgerechnet werden (TARMED, n. d.).

Rüegg et al. (2022b, S. 35) unterscheiden vier mögliche Finanzierungsmodelle, auf welche nachfolgend eingegangen wird.

Kanton und Gemeinde

Es besteht die Option, die Finanzierung über die Gemeinden oder Kantone abzurechnen, da diese die Möglichkeit haben, nichtmedizinische Leistungen in der Gesundheitsversorgung zu finanzieren (Rüegg et al., 2022b, S. 35). Dabei müssten die jeweiligen Gemeinden oder Kantone direkt angefragt werden und es wäre erforderlich, mit ihnen in den Dialog zu treten, um die Finanzierungsmöglichkeiten zu klären (Rüegg et al., 2022b, S. 35).

Praxisertrag

Als weitere Option könnte die Sozialarbeit durch die Einnahmen der Praxis finanziert werden. Die Sozialarbeitenden sind in der Praxis angestellt und erhalten den Lohn über die Praxiseinnahmen (Rüegg et al., 2022b, S. 35).

Stiftungen

Für die Implementierung der Sozialen Arbeit, gerade auch in einer ersten Pilotphase, ist es möglich, durch Stiftungsgelder finanziert zu werden (Rüegg et al., 2022b, S. 35). Es gibt schweizweit verschiedene Stiftungen, besonders auch im Gesundheitswesen, welche angefragt werden können. So kann die gesamte Finanzierung oder ein Teil davon abgedeckt werden (Rüegg et al., 2022b, S. 35).

TARMED-Position 02.04

Für psychiatrische Leistungen gibt es die sogenannte TARMED-Position 02.04, welche sich auf nichtärztliche ambulante psychiatrische Leistungen in anerkannten Institutionen und Spitalabteilungen bezieht. Diese Position können nur spitalunabhängige Organisationen oder Spitalabteilungen verrechnen, welche einen Leistungsauftrag haben und unter der Leitung eines Facharztes oder einer Fachärztin stehen (TARMED, n. d.). Damit die Sozialarbeit über die Krankenkasse abgerechnet werden kann, ist normalerweise eine Leistungsvereinbarung mit dem zuständigen Kanton erforderlich.

Sobald diese vorliegt, kann bei der Paritätischen Tarifkommission eine Spartenanerkennung für den Bereich der nichtmedizinischen Leistungen beantragt werden. Eine Schwierigkeit ist, dass zum Beispiel im Kanton Zürich im Gesundheitsgesetz geregelt ist, dass Leistungsvereinbarungen mit Arztpraxen nicht möglich sind (Rüegg et al., 2022b, S. 36).

3.4 Zwischenfazit

Abschliessend und als Überleitung in den methodischen Teil werden an dieser Stelle die wichtigsten Informationen kurz zusammengefasst.

Es gibt verschiedene Modelle und Konzepte, die die Bedeutung sozialer Faktoren auch für den Genesungsprozess aufzeigen. Die sozialen Aspekte, als wichtige Teile für die Genesung der Patient:innen, sind nicht zu unterschätzen. Gerade im Bereich der Psychiatrie spielen die sozialen Faktoren eine wichtige Rolle.

Derzeit sind ca. 20–25 Prozent der Sozialarbeitenden im Gesundheitswesen tätig (Rüegg et al., 2022b, S. 9). Dies kann im stationären, im ambulanten oder auch im beratenden Setting sein. Während sich die Sozialarbeit in stationären Settings gut etablieren konnte, ist dies in unterschiedlichen Bereichen der ambulanten psychiatrischen Behandlung nicht der Fall. Ein wichtiger Aspekt der Sozialarbeit im Gesundheitswesen ist die interprofessionelle Zusammenarbeit. Sozialarbeit ist immer Teil eines interprofessionellen Teams. Das Gesundheitswesen in der Schweiz ist sehr komplex, da durch den Föderalismus gewisse gesetzliche und finanzielle Rahmenbedingungen auf nationaler, kantonaler oder kommunaler Ebene geregelt sind.

Es ist wichtig, die Gesundheit ganzheitlich zu betrachten und die verschiedenen Faktoren, die eine Rolle spielen (biologische, psychische und soziale), zu berücksichtigen. Diese beeinflussen sich gegenseitig und dürfen nicht isoliert voneinander betrachtet werden.

Studien im Ausland wie auch die Praxismodelle in der Schweiz zeigen, dass Soziale Arbeit in Arztpraxen für die Patient:innen von Nutzen ist und die Unterstützung bei den sozialen Anliegen zu einer Stabilisierung der gesundheitlichen Situation führen kann. Auch im Hinblick auf die Früherkennung von gesundheitlichen Problemen, welche zu einer Hospitalisierung führen können, kann die Sozialarbeit eine wichtige Rolle übernehmen. Die Früherkennung kann ambulant aufgefangen werden (Rüegg, 2021, S. 7).

Dies wiederum würde langfristig betrachtet kostengünstiger sein. Weiter wird aufgezeigt, dass gerade die Anzahl der Anfragen bei sozialen Problemen von Personen mit psychischen Erkrankungen besonders hoch ist, was möglicherweise auf einen hohen Anteil von Personen mit psychischen Krankheiten schliessen lässt, dies zeigt die Synthese von McGregor et al. (2018, S. 1) wie auch die Forschungsergebnisse von Rüegg et al. (2022a, S. 17–18).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass bisher noch keine dauerhafte Lösung gefunden wurde, welche zufriedenstellend ist. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, die jedoch überwiegend eher kurzfristige Lösungen bieten und keine langfristige Finanzierungsmöglichkeit aufzeigen. Diese Thematik stellt auf jeden Fall einen wichtigen Aspekt hinsichtlich der Etablierung der Sozialen Arbeit in den Hausarztpraxen dar.

4. Methodisches Vorgehen Vergleich Pionierangebote

Um die vier Pionierangebote in der Schweiz genauer zu untersuchen, wurden sie systematisch miteinander verglichen. Ziel war es, herauszuarbeiten, inwiefern sich die unterschiedlichen Angebote ähneln oder unterscheiden. Zu diesem Zweck wurden Kategorien gebildet, die für die Beantwortung der Fragestellungen relevant erschienen. Mithilfe dieser Kategorien wurden die unterschiedlichen Angebote miteinander verglichen.

4.1 Methodisches Vorgehen zum systematischen Vergleich

Im Folgenden wird die Vorgehensweise des systematischen Vergleichs erläutert.

4.1.1 Festlegung Kriterien

Zuerst wurden Kriterien, also Kategorien, festgelegt, anhand derer die Vergleiche erfolgten. Diese wurden der Übersichtlichkeit halber in einer Matrix erstellt. Bei den Vergleichskriterien wurde darauf geachtet, dass sie für die Fragestellung und die Fragen relevant sind und allenfalls auch für den empirischen Teil von Nutzen sein können. So kann das im systematischen Vergleich gewonnene Wissen in die Konstruktion des Leitfadens für die Expert:inneninterviews einfließen.

Die Matrix enthält die wichtigsten vorab festgelegten Vergleichskategorien. Sie dient dazu, die verschiedenen Antworten einzutragen. Da sich die Fragestellung darauf bezieht, wie sich die Soziale Arbeit in der psychiatrischen Praxis etablieren kann, sind

Kategorien relevant, die zeigen, wie die vier unterschiedlichen Angebote aufgebaut sind, welche Aufgaben die Sozialarbeit übernimmt und wie die Angebote finanziert werden. Daraus wurden folgende Vergleichskategorien gebildet: Örtlichkeit, Interprofessionalität, Finanzierung, Praxisgrösse, Stellenprozente, Abdeckung Gruppen, Aufbau der Sozialberatung in der Praxis und Weiterführung.

4.1.2 Daten sammeln

Die vier Pionierangebote (Caritas Beider Basel, Gesundheitspunkt Oberägeri, Psychotherapeutische Praxis in Zollikofen, Sozialberatungsbüro Bärn) wurden von der BFH im Rahmen eines zweijährigen Innovations- und Forschungsprojekts untersucht. (Rüegg et al., 2022a, S. 3). Alle vier Pionierangebote konnten nach dem zweijährigen Forschungsprojekt ihr Angebot weiterführen. Durch die Internetrecherche wurden die unterschiedlichen Vergleichskategorien eruiert und für jedes Angebot ausgefüllt und eingetragen. Da die Internetrecherche nur begrenzt die relevanten Informationen lieferte, wurden in einem weiteren Schritt die jeweiligen zuständigen Sozialarbeitenden oder auch direkt die Praxen mit den konkreten Fragen zu den fehlenden Informationen per E-Mail angeschrieben, mit der Bitte, diese schriftlich oder telefonisch zu beantworten. Alle vier Angeschriebenen gaben schriftlich oder telefonisch Rückmeldungen und beantworteten die Fragen. Dies erfolgte durch die Sozialarbeitenden oder die Ärzte oder Ärztinnen.

4.1.3 Daten systematisch vergleichen

In einem weiteren Schritt konnten alle relevanten Informationen zu den unterschiedlichen Modellen zusammengetragen werden.

Anschliessend wurden die verschiedenen Kategorien miteinander verglichen. Es wurden Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede herausgearbeitet. Diese werden im nachfolgenden Unterkapitel erläutert.

Tabelle 1. Übersicht vier Pionierangebote und Quellenangaben

Organisation	Folgende Quellen wurden berücksichtigt:
Caritas Beider Basel Abteilung Sozialberatung Lindenberg 20 4058 Basel	- Leitung Sozialberatung in der Arztpraxis, D. Vetter, pers. Mitteilung, 20.12.2024 - Gesundheitsförderung Schweiz, 2025 - Rüegg et al., 2022a
Sozialberatungsbüro, SoBü Bärn Südbahnstrasse 14d 3007 Bern	- Sozialarbeiterin, E. Horat, pers. Mitteilung, 14.03.2025 - Rüegg et al., 2022a - Sozialberatungsbüro SoBü Bärn, n. d.
Gesundheitspunkt Oberägeri Hauptstrasse 42 6315 Oberägeri	- Sozialarbeiter, F. Schalch, pers. Mitteilung, 10.12.2024 - Gesundheitspunkt Oberägeri, 2024 - Rüegg et al., 2022a
Salutomed (integrative Medizin) Kirchlindachstrasse 7 3052 Zollikofen	- Ärztliche Leitung Salutomed, Hausarzt, M. Deppeler, pers. Mitteilung, 02.12.2024 - Rüegg et al., 2022a - SALUTOMED, integrative Medizin, 2024

Quelle: Eigene Darstellung

4.2 Ergebnisse des systematischen Vergleichs

Nachfolgend werden die Ergebnisse entlang der Vergleichskategorien vorgestellt und verglichen. Die im systematischen Vergleich gewonnenen Informationen dienen als Ergänzung für die Konstruktion des Leitfadens für die Experteninterviews im nachfolgenden Kapitel. Insbesondere die bei der Auswertung als relevant erachteten Punkte wurden bei der Entwicklung des Leitfadens berücksichtigt.

Örtlichkeit

Drei der vier Pionierangebote bieten Sozialberatung direkt innerhalb der Praxis an. Ein Angebot bietet ausserhalb der Praxis in einem separaten Büro Sozialberatung an. Bei diesem Angebot wird mit diversen Praxen zusammengearbeitet und es findet jeweils

eine Überweisung an den Standort zur Sozialberatung statt. Zwei der vier Angebote befinden sich im Kanton Bern, eines in Basel und eines im Kanton Zug. Im Vergleich fiel hinsichtlich der kantonalen Örtlichkeit kein Unterschied auf.

Je nach Bedarf werden bei allen vier Angeboten auch Hausbesuche durchgeführt. Es existieren verschiedene Formen der Zusammenarbeit zwischen den Praxen mit besonderen Fachrichtungen wie zum Beispiel zwischen den psychiatrischen Praxen oder den Kinderarztpraxen. Aber auch hier ist der Mangel an Ärzten und Ärztinnen deutlich spürbar. In einer der Praxen konnte bislang keine Psychiaterin oder kein Psychiater gefunden werden, während in einer anderen Praxis vergebens nach Gynäkolog:innen gesucht wurde.

Interprofessionalität

Die interprofessionelle Beteiligung ist in allen Modellen erkennbar. Dies zeigt auch, wie wichtig die Präsenz und der Austausch ist. So findet beispielsweise bei einem Angebot regelmässig ein interprofessioneller Rapport mit allen beteiligten Akteur:innen statt. Aber auch ein Austausch bei der Überweisung und eine Rückmeldung an den Arzt oder die Ärztin der Beratung wird durchgeführt und gehört zum Standard.

Praxisgrösse

Die Praxen, die Sozialarbeit anbieten, sind sehr unterschiedlich. Es fällt auf, dass keine Einzelpraxis eine Sozialarbeiterin bzw. einen Sozialarbeiter fest angestellt hat. Dies läuft eher über Gemeinschaftspraxen oder einzelne Praxen, die ihre Patient:innen an die Sozialarbeit überweisen. Konkret handelt es sich um zwei Gemeinschaftspraxen und zweimal um mehrere Praxen, die die Patient:innen intern und einmal extern zu den Sozialarbeitenden triagieren.

Stellenprozente

Die sozialarbeiterischen Stellenprozente variieren zwischen 20 und 100 Stellenprozent. Die Rückmeldung der Stelle, welche eine Anstellung mit Pensum 20 Prozent hat, war, dass die Tendenz des Arbeitspensums steigend sei.

Abdeckung Gruppe

Es werden vorwiegend die normalen Hausarztpraxen durch die Sozialarbeitenden bedient. Teilweise werden psychiatrische Praxen durch die bestehenden Praxismodelle

abgedeckt, was bedeutet, dass innerhalb der vier Pionierangebote, welche an der Studie teilgenommen hatten, auch psychiatrische Praxen vertreten sind. Ebenfalls sind andere spezialisierte Praxen darunter, wie zum Beispiel Kinderarztpraxen.

Aufbau der Sozialberatung in der Arztpraxis

Auffallend und bemerkenswert ist, dass die Angebote sehr unterschiedlich aufgebaut und strukturiert wurden und häufig Bottom-up, also von der Basis aus aufgebaut wurden. Das bedeutet, dass es nicht durch die Gemeinde oder den Kanton initiiert wurde, sondern vielmehr von den Fachpersonen (Sozialarbeitende, Ärztinnen und Ärzte) selbst entwickelt und aufgebaut wurde. Die Unterschiedlichkeit zeigt die Individualität, aber auch das starke eigene Engagement und die Eigeninitiative, welche von den Sozialarbeitenden ausgehen.

Finanzierung

Die Finanzierungsmodelle sind unterschiedlich geregelt. Auch innerhalb der einzelnen Modelle gibt es verschiedene Finanzierungsquellen (Querfinanzierung, Stiftungsgelder, Praxisgewinn). Dies verdeutlicht die Komplexität der Finanzierung und zeigt auf, dass derzeit keine einheitliche Regelung existiert, um die Sozialarbeit in der Hausarztpraxis zu finanzieren. Teilweise wurde hinsichtlich der Finanzierungsmöglichkeiten der Angebote schon sehr früh mit dem Kanton Kontakt aufgenommen, bisher ohne Erfolg. Aktuell wird noch kein Angebot über den Kanton finanziert. Mindestens bei einem Angebot war man von Beginn an mit dem Kanton in Kontakt, um die Optionen hinsichtlich langfristiger Finanzierung zu klären. Bisher sei noch keine konkrete Lösung gefunden worden, es sei jedoch sehr wichtig, mit dem Kanton in Kontakt zu bleiben, wurde zurückgemeldet. Bei einem anderen Angebot wurde zu Beginn der Einführung der Sozialarbeit seitens der Gemeinde eine dreijährige Defizitgarantie gemacht, welche aber nicht benötigt wurde und nicht verlängert, mit der Begründung, die Gemeinde selber hätte eine Sozialberatung. Auch wird bei einem Angebot querfinanziert über die Praxis, jedoch ist dies nur in einem kleinen Pensum möglich. Von den vier Praxismodellen rechnet keine Praxis mit der TARMED-Position 02.04 ab.

Weiterführung

Alle vier Angebote werden seit dem 28.2.2022 (Beendigung Studie BFH) weitergeführt. Jedoch ist bei einigen Projekten die Finanzierung nur befristet geklärt. Ebenfalls macht der Mangel an ärztlichem Personal zu schaffen. Die Situation ist daher teils ungewiss.

5. Methodisches Vorgehen Expert:inneninterviews

Wie bereits erwähnt, ist das Thema bislang kaum erforscht worden, weshalb sich eine qualitative Forschungsmethode besonders eignet, um die Forschungsfragen zu beantworten (Schiek, 2024, S. 17). In Rahmen des Forschungsvorhabens wurden fünf leitfadengestützte Expert:inneninterviews mit Psychiater:innen durchgeführt. Anschliessend wurden die Interviews anhand der strukturierten qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022, S. 132) ausgewertet. Im folgenden Kapitel wird zunächst das Forschungsdesign vorgestellt, gefolgt von einer Erläuterung des Feldzugangs und des Samplings. Anschliessend werden die Datenerhebung und die Datenauswertung näher beschrieben. Abschliessend wird der Forschungsprozess anhand der Gütekriterien nach Strübing, Hirschauer, Ayass, Krähnke und Scheffer (2018, S. 85) kritisch reflektiert.

5.1 Begründung der Wahl der qualitativen Methode

Zur Bearbeitung der Fragestellung wurde die qualitative Datenerhebung gewählt. Es handelt sich dabei um eine explorative Studie, da die Forschungsfrage darauf abzielt, neue Einsichten und Erkenntnisse über die Soziale Arbeit in der psychiatrischen Praxis zu gewinnen, die bisher in der Forschung nicht berücksichtigt wurden. Die Auswahl wurde getroffen, da sie sich für die Forschungsfrage besonders gut eignet, da individuelle Sichtweisen zum Ausdruck kommen und durch die Offenheit der Methode die Erfahrungen und Einstellungen der Befragten erfasst werden können (Döring, 2023, S. 361). Es geht darum, Neues herauszufinden und zu entdecken (Schiek, 2024, S. 16).

5.2 Datenerhebung: Leitfadeninterview

Die Daten wurden mündlich erhoben. Diese Form ist für die qualitative Forschung geeignet. Die Befragten haben so mehr Möglichkeiten, bei komplexen oder unklaren Sachverhalten konkreter nachzufragen (Döring, 2023, S. 354). Zudem können durch den direkten Kontakt wertvolle Informationen gesammelt werden (Lüdders, 2016,

S. 26). Als Erhebungsinstrument wurde die Form des Leitfadeninterviews gewählt (Baur & Blasius, 2014, S. 560). Um während der Interviews ausreichend Raum für die freie Entfaltung der Gesprächsinhalte zu gewährleisten, wurde die Form des teilstrukturierten Interviews gewählt, die gleichzeitig einen klaren Rahmen für die Datenerhebung und -auswertung bietet (Döring, 2023, S. 367).

Es wurden fünf leitfadengestützte Expert:inneninterviews mit Psychiater:innen geführt. Diese Interviewform wurde ausgewählt, da das Gebiet wenig erforscht ist und diese Interviewform sich eignet, um spontan während des Interviews von den Fragen abzuweichen und Zusatzfragen zu stellen, welche sich aus dem Interview ergeben, oder weiterführende Fragen zu stellen (Döring, 2023, S. 367). So besteht die Möglichkeit, bei ungeplanten Themen oder neuen Erkenntnissen vertiefter nachzufragen.

5.3 Konstruktion des Leitfadens

Die Konstruktion des Interviewleitfadens erfolgte in mehreren Schritten. Dabei wurde das SPSS-Prinzip von Helfferich berücksichtigt. Dieses Verfahren wurde für die Leitfadenerstellung entwickelt, um die Offenheit zu wahren, aber auch einen strukturierten Ablauf zu ermöglichen. Die vier Schritte umfassen 1. das Sammeln von Fragen, 2. das Prüfen, 3. das Sortieren und 4. das Subsumieren (Helfferich, 2011, S. 182–185). Der Fragebogen wurde so gestaltet, dass zu Beginn die biografischen Informationen und dann die Hauptfragen erfragt wurden und gegen Ende die detaillierten Fragen gestellt wurden. Die Fragen wurden wörtlich im Leitfaden verschriftlicht (Döring, 2023, S. 368). Bei der Konstruktion des Interviewleitfadens wurde darauf geachtet, dass die Themen im Hauptteil sinnvoll gruppiert sind. Der Leitfaden wurde so gestaltet, dass für jede Frage eine Spalte offengelassen wurde, um während des Interviews gegebenenfalls Randnotizen zu machen.

Weiter wurden bereits im Vorfeld deduktive Kategorien gebildet, die sich aus Vorüberlegungen und der Auseinandersetzung mit der bereits vorhandenen Literatur ergaben und sich auch aus dem systematischen Vergleich herauskristallisierten (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 72). Diese Fragen und die Überlegungen dazu flossen in den Fragebogen ein. Nach Döring eignet sich ein Probeinterview, ein sogenannter Pretest, um die Fragen, den Ablauf und die Dauer des Fragebogens nochmals zu überprüfen (Döring, 2023, S. 367). Bei der Auswahl der Person für den Pretest wurde darauf geachtet, dass sie aus der gleichen Zielgruppe kommt wie die geplanten Interviewpartner:innen (Baur & Blasius, 2014, S.302). Daher wurde entschieden, ein Probeinterview mit einer

Psychiaterin durchzuführen. Nach dem Interviewdurchlauf wurde der Fragebogenentwurf entsprechend adaptiert, Redundanzen entfernt und Korrekturen vorgenommen. Da die zeitlichen Ressourcen der Psychiater:innen knapp waren, erwies es sich als schwierig, im gewünschten Zeitraum genügend Psychiater:innen für die Interviews zu gewinnen. Es wurde entschieden, den Fragebogen zu kürzen.

5.4 Feldzugang und Sampling

Bei der Stichprobenerhebung wird eine gezielte Auswahl von Personen getroffen, die relevante und aufschlussreiche Informationen zur Beantwortung der Fragestellung geben können (Döring, 2023, S. 303). Dies wurde auch im Rahmen dieses Forschungsvorhabens entsprechend umgesetzt. Wie Baur und Blasius (2014, S. 277) schreiben, ist die Stichprobengrösse bei der qualitativen Sozialforschung zweitrangig, da die Sättigung nicht vorhersehbar ist und es keine allgemeingültigen Richtlinien gibt. Daher wurden die zur Verfügung stehenden Ressourcen berücksichtigt und wie von Bauer et al. (2019, S. 277) vorgeschlagen, lieber weniger Interviews durchgeführt, dafür aber ausreichend Zeit für eine gute und gründliche Auswertung eingeplant. Nach Döring (2023, S. 304) empfiehlt es sich, vorab einen Stichprobenplan zu erstellen, in dem die relevanten Merkmale festgehalten werden. Dies wurde in diesem Forschungsvorhaben umgesetzt. Aufgrund der formulierten Forschungsfragen wurde entschieden, leitfadengestützte Expert:inneninterviews mit Psychiater:innen durchzuführen. Für die Auswahl wurden im Vorfeld folgende Auswahlkriterien definiert und festgehalten:

- Psychiater:innen, welche im Kanton Bern tätig sind.
- Psychiater:innen, welche eine eigene Praxis besitzen oder in einer Praxis angestellt sind.
- Psychiater:innen welche in einer Erwachsenenpsychiatrie tätig sind.
- Psychiater:innen, welche mindestens zu 10 Prozent in einer psychiatrischen Praxis tätig sind.

Bei der Auswahl wurde darauf geachtet, dass beide Geschlechter vertreten sind und mindestens eine Person aus einer Gemeinschaftspraxis und eine Person aus einer Einzelpraxis beteiligt ist. Die Auswahl von Psychiater:innen als Fachexpert:innen erfolgte aufgrund ihrer Expertise, ihrer direkten Erfahrungen und ihrem Wissen in Verbindung mit der psychiatrischen Versorgung im Kanton Bern. Psychiater:innen sind in

der Lage, differenzierte und fundierte Einschätzungen zur aktuellen Situation zu geben, wie auch zu den Bedürfnissen und Anliegen ihrer Patient:innen. Weiter verfügen Psychiater:innen über umfassendes Patient:innenwissen und können dadurch fachliche Aussagen dazu treffen, in welchen Bereichen die Patient:innen sozialarbeiterische Anliegen haben und wo sie Unterstützung benötigen bzw. wobei die Psychiater:innen nicht weiterhelfen können. Zudem bringt ihr Erfahrungswissen und ihre fachliche Expertise im Bereich der psychischen Gesundheit und der interprofessionellen Zusammenarbeit Einsichten, welche für die Forschungsfragen entscheidend sind. Es interessiert weniger die Person als Ganzes, sondern geht um das Fachwissen der Person als Expert:in (Flick, 2012, S. 214).

Ziel war es, die Interviews mit vier bis sieben Psychiater:innen durchzuführen, welche den oben genannten Merkmalen entsprechen. Die Auswahl der Merkmale erfolgte in Anlehnung an die Fragestellung. Die geografische Eingrenzung auf den Kanton Bern und die Beschränkung der Interviews auf Psychiater:innen basierte auf der Annahme, dass es hinsichtlich Finanzierung und politischer Rahmenbedingungen lokale Unterschiede in der psychiatrischen ambulanten Versorgung innerhalb des Kantons Bern gibt und diese daher in einem ersten Schritt ermittelt werden sollten. Durch die kantonale Einschränkung wurde zudem der Zugang zu den möglichen Psychiater:innen vereinfacht, da bereits bestehende berufliche Kontakte genutzt werden konnten.

Der Feldzugang erwies sich zunächst als schwierig. Als Rekrutierungsstrategie wurde zuerst die direkte Anfrage von Psychiater:innen gewählt (Döring, 2023, S. 304). Die Expert:innen, also die Psychiater:innen, wurden via E-Mail angefragt. Die Kontaktdaten der Psychiater:innen wurden mittels Internetrecherche ermittelt und den Listen mit den Psychiater:innen des Kantons Bern «Wegweiser für psychische Gesundheit Kanton Bern» (n. d.) entnommen. Auf eine erste Anfrage zur Teilnahme an einem Interview gab es nur sehr wenige Rückmeldungen, so dass eine erneute, erweiterte Anfrage gestellt wurde und das persönliche Netzwerk genutzt wurde, um Anfragen zu versenden. Die Psychiater:innen meldeten häufig zurück, dass sie sehr überlastet sind. Hinzu kam, dass die Interviews für Ende Dezember 2024, Anfang Januar 2025 geplant waren, was aufgrund der vielen Termine und des Jahreswechsels die Situation nicht vereinfachte. Um dem entgegenzutreten, wurde die Dauer des Interviews angepasst. Ursprünglich war eine Stunde bis maximal 1,5 Stunden eingeplant. Da die Psychiater:innen unter starkem zeitlichem Druck standen, wurde die Zeit etwas kürzer eingeplant,

auf 30 Minuten bis eine Stunde. Aus diesem Grund wurde der Leitfaden etwas angepasst.

Tabelle 2. Sampling

Bezeichnung	Praxisart	Zeit	Arbeitserfahrung	Geschlecht
Interviewperson 1	Gruppen	31 Min	32 Jahre	m
Interviewperson 2	Einzel	39 Min.	25 Jahre	w
Interviewperson 3	Einzel	76 Min	34 Jahre	m
Interviewperson 4	Gruppen	37 Min.	20 Jahre	w
Interviewperson 5	Gruppen	52 Min.	8.5 Jahre	w

Quelle: Eigene Darstellung und Erhebung

5.5 Durchführen der Expert:inneninterviews und ethische Aspekte

Die Interviews wurden mit fünf Psychiater:innen durchgeführt, welche in einer Gemeinschaftspraxis tätig sind, eine eigene Praxis leiten oder in einer Gruppenpraxis tätig sind. Weiter sind alle Psychiater:innen im Kanton Bern tätig. Die Interviews fanden im Zeitraum zwischen Dezember 2024 und Februar 2025 statt.

Von den Psychiater:innen wurde kein Vorwissen vorausgesetzt. Im Vorfeld wurde eine Zusammenfassung des Themas erstellt, um den interviewten Fachpersonen eine grundlegende Vorstellung zu geben, worum es bei der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis geht. Die Zusammenfassung wurde den Interviewpartner:innen vorab (mindestens eine Woche vorher) zur Verfügung gestellt. Weiter wurden im Vorfeld die Rahmenbedingungen des Gesprächs geklärt (Dauer, Zeit, Ort, Anonymität).

Um auf die Psychiater:innen einzugehen und ihnen das Interview zu erleichtern, war es ihnen freigestellt, wo die Interviews durchgeführt werden. Die Durchführung erfolgte persönlich und jeweils direkt in den Praxen oder in einem Fall bei jemandem zu Hause. Die Gespräche wurden digital aufgezeichnet. Es wurde darauf geachtet, dass der ethische Umgang mit den interviewten Fachpersonen gewährleistet ist. Dabei wurden folgende drei Prinzipien berücksichtigt: Die Freiwilligkeit der teilnehmenden Interviewpartner:innen, welche im Vorfeld über das Forschungsvorhaben informiert wurden, das

Prinzip des Schutzes vor Beeinträchtigung und Schädigung und der Schutz der Daten und der Anonymisierung der Personen und Ortschaften, damit keine Rückschlüsse auf die interviewten Personen möglich sind (Döring, 2023, S. 121). Die interviewten Personen unterzeichneten vor Beginn der Interviews eine Einwilligungserklärung, welche ihnen die Anonymität zusicherte, die Freiwilligkeit, am Interview teilzunehmen und dass die Daten im Anschluss an die Master-Thesis gelöscht werden (Kotthaus, 2020, S. 233). Weiter wurde in der Einwilligungserklärung das Einverständnis eingeholt, um die Audioaufzeichnung mit «töggI», einer automatischen Transkriptionssoftware, transkribieren zu können. Teilweise wurde die Anrede mit «Du» angeboten, was keinen Einfluss auf die Interviewdurchführung hat, die professionelle Distanz wurde gewahrt. Die Interviews dauerten zwischen 31 und 76 Minuten.

Nach den Interviews wurde jeweils ein Postskript zum Interview erstellt. Dies beinhaltete Angaben über die Gespräche vor und nach dem Einschalten des Aufnahmegeräts und über Auffälligkeiten und Reaktionen während des Gesprächs (Lamnek & Krell, 2016, S. 347). Dies dient dazu, dass es später während der Auswertung hinzugezogen werden kann (Döring, 2023, S. 121).

Alle geplanten Interviews konnten durchgeführt werden.

5.6 Datenaufbereitung

Bei der Transkription geht es darum, Rohdaten in schriftliche Form zu bringen, also eine Zugänglichkeit zu machen, welche dann im Transkript liegt (Kotthaus, 2020, S. 99). Das Forschungsinteresse ist entscheidend, unter welchen Regeln, also Transkriptionssystem transkribiert wird (Kotthaus, 2020, S. 100). Als Transkriptionsregeln wurden diejenigen von Kuckartz und Rädiker ausgewählt (2022, S. 200). Es handelt sich dabei um ein vereinfachtes Transkriptionssystem, welches sich für die qualitative Inhaltsanalyse und das Forschungsvorhaben, also die Expert:inneninterviews, eignet (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 199–201). Da es sich um Expert:inneninterviews handelte, reichte die vereinfachte Transkription aus, da es vorwiegend um die inhaltlichen Informationen ging. Die Interviews wurden jeweils Schweizerdeutsch geführt und bei der Transkription ins Hochdeutsche übersetzt. Typisch schweizerische Ausdrücke wurden so belassen und in Anführungszeichen gesetzt. Die Interviews wurden wörtlich transkribiert. Die Pausen wurden mit () gekennzeichnet bei längeren Pausen wurden die Sekunden in Form von Punkten in Klammern gesetzt. Nebengeräusche wurden nicht berücksichtigt. Das Transkript wurde nach der Transkription durch die Software

nochmals sehr gründlich durchgegangen und es wurden Korrekturen, Schärfungen und Verbesserungen vorgenommen. Es wurde darauf geachtet, dass die klaren Transkriptionsregeln eingehalten wurden. Unter diesen Gesichtspunkten wurden die Interviews nochmals durchgegangen. Die Notizen zum Gespräch oder weitere Auffälligkeiten, die bisher unbeachtet blieben, wurden notiert. Anschliessend wurden die korrigierten und anonymisierten Transkripte in das Computerprogramm MAXQDA 24 importiert.

5.7 Durchführung der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse

Als Auswertungsmethode wurde die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker gewählt, da sich dieses Ablaufmodell für die Auswertung von leitfadenorientierten Interviews eignet (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 130). Die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse ist in sieben Phasen unterteilt, die im Verlauf des Analyseprozesses durchlaufen werden (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 132).

Die Abbildung zeigt schematisch den Analyseprozess:

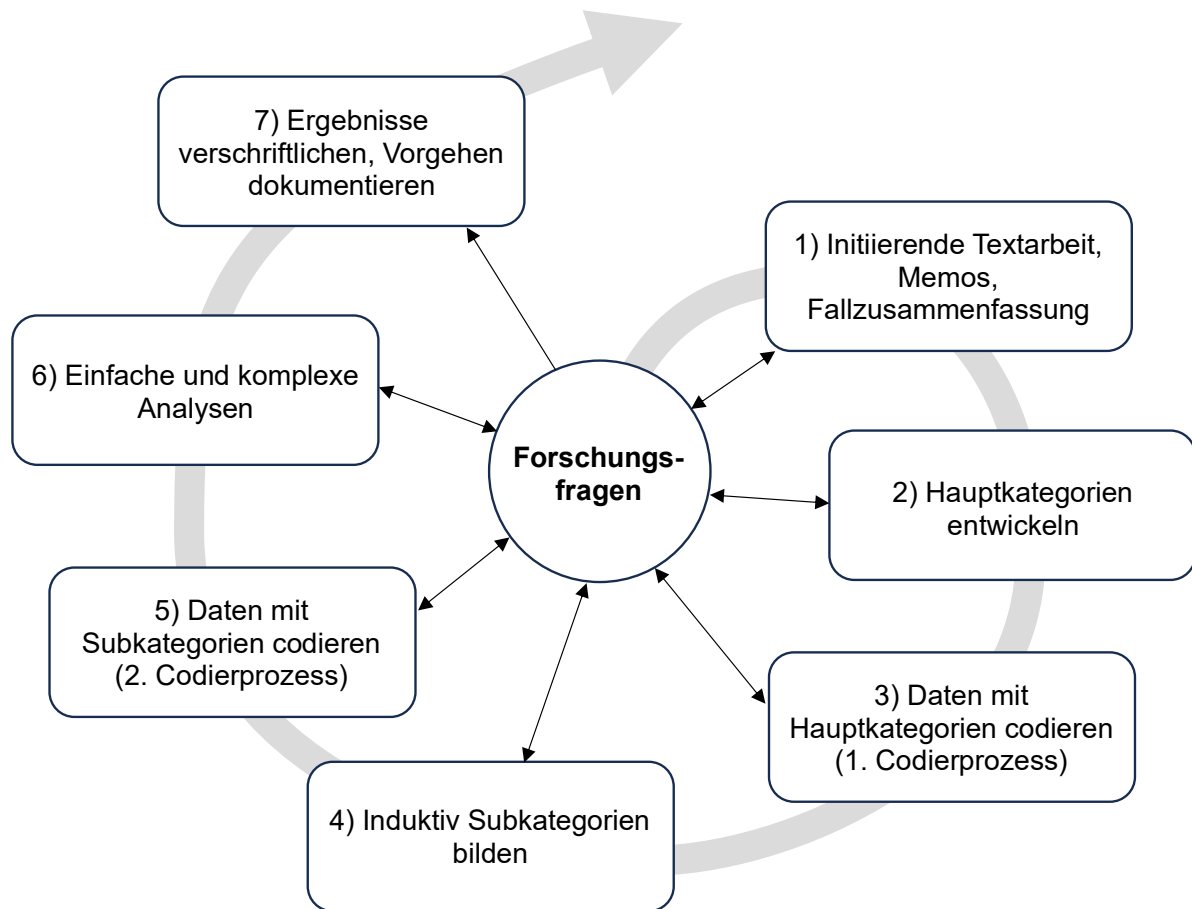


Abbildung 6. Ablauf der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse

Quelle: Eigene Darstellung (in Anlehnung an Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 132)

Wie auf der Abbildung ersichtlich, sind die Forschungsfragen zentral. Diese wurden während des Auswertungsprozesses immer wieder ins Bewusstsein gerufen.

Im Folgenden werden die sieben Phasen der Datenauswertung erläutert.

1. Phase: Initiierende Textarbeit, Memos, Fallzusammenfassungen

Bei der ersten Phase geht es um die initiierende Textarbeit, wobei wichtige Passagen im Transkript markiert, Bemerkungen und Auffälligkeiten herausgeschrieben, erste Ideen zur Auswertung und Besonderheiten in Form von Memos festgehalten werden und eine Fallzusammenfassung geschrieben wird (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 133).

2. Phase: Hauptkategorien entwickeln

Bei der zweiten Phase werden Hauptkategorien entwickelt. Neben den Hauptkategorien können bereits Subkategorien gebildet werden. Die Hauptkategorien lassen sich häufig bereits aus den Themenbereichen ableiten, die in der Forschungsfrage oder den Interviewfragen formuliert sind (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 133–134). Für die Bildung der deduktiven Hauptkategorien wurden bereits bei der Entwicklung des Interviewleitfadens Überlegungen betreffend thematischer Kategorienbildung gemacht (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 72). Um die Chance für innovative Kategorien zu erhöhen, empfehlen Kuckartz und Rädiker, mehrere Quellen für die deduktive Kategorienbildung zu nehmen (2022, S. 72–73). Als weitere Quellen für die deduktive Kategorienbildung wurden das Wissen aus dem aktuellen Forschungsstand, dem systematischen Vergleich wie auch die persönlichen Erfahrungen aus der Arbeit als Sozialarbeiterin im Gesundheitswesen herangezogen. Weiter können Kategorien aus der Textarbeit von Phase 1 einbezogen werden. Nach Empfehlung von Kuckartz und Rädiker (2022, S. 134–134) wurde ein Probedurchlauf durchgeführt. Ein Teil des ersten Interviews wurde durchgegangen und deduktive Kategorien wurden auf die konkrete Anwendbarkeit hin überprüft und angepasst. Anschliessend ging es fließend in die dritte Phase über.

3. Phase: Daten und Hauptkategorien codieren

In der dritten Phase geht es darum, die Daten mit den Hauptkategorien zu codieren. Dies ist der erste Codierprozess. Dabei wird das Interview sequentiell durchgegangen und jeweils Textabschnitte den Kategorien zugeordnet. Es gab Textabschnitte, welche mehreren (Sub)Kategorien zugeordnet werden konnten, da die Textstelle mehrere Kategorien angesprochen hatte. So kam es teilweise zu Überlappungen der codierten Stellen. Wie Kuckartz und Rädiker schreiben, ist es normal, dass es bei der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse zu Überlappungen und Verschachtelungen kommen kann und eine Textpassage mehreren (Sub)Kategorien zugeordnet werden kann (2022, S. 134). Es gab Textabschnitte, welche für die Fragestellung irrelevant erschienen. Diese wurden nicht codiert (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 134–136). Wie Kuckartz und Rädiker schreiben, findet bei der qualitativen Inhaltsanalyse häufig eine Mischform von deduktiven und induktiven Kategorien statt. Dies wurde im Forschungsprozess berücksichtigt. Zunächst wurde mit der deduktiven Kategorienbildung

begonnen, wobei der Interviewleitfaden als Grundlage diene. Im nächsten Schritt erfolgte dann eine Ergänzung durch induktive Kategorienbildung (2022, S. 102).

Um die Qualität des Codierprozesses zu sichern, wird empfohlen, dass der Text von zwei oder mehreren Personen codiert wird, damit Unklarheiten besprochen werden können und die Auswertung präzisiert wird (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 136–137). In der vorliegenden Master-Thesis konnte dies nicht angewendet werden.

4. Phase: Induktive Subkategorien bilden

In der vierten Phase werden induktive Subkategorien gebildet. Die bereits gebildeten Kategorien werden ausdifferenziert und es werden neue induktive Subkategorien gebildet. Diese wurden anschliessend in einer Tabelle systematisch erfasst und aufgelistet. Die Subkategorien wurden anschliessend geordnet und es wurde jeweils für die Subkategorie eine kurze Definition formuliert und teilweise wurden dazu auch passende direkte Zitate aus dem Datenmaterial ausgewählt (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 138). Die Systematisierung erfolgte immer mit Blick auf die Fragestellung, damit der Fokus nicht verloren ging (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 140).

5. Phase: Daten mit Subkategorien codieren

Bei der fünften Phase geht es um den zweiten Codierprozess. Dabei wurde erneut ein Durchlauf mit dem bereits codierten Material durchgeführt. Häufig werden die Phasen vier und fünf mehrmals wiederholt (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 142). Dies wurde für die Master-Thesis auch mehrmals wiederholt, bis die Kategorien und Subkategorien zugeordnet waren. Es kam auch vor, dass die Subkategorien im Verlauf wieder geändert oder angepasst wurden oder dass sehr ähnliche Kategorien in dieser Phase zusammengefügt wurden. Gerade bei vielen Forschungsteilnehmenden empfehlen Kuckartz und Rädiker einen Zwischenschritt zu machen und für das Material jeweils fallbezogene, thematische Zusammenfassungen zu schreiben. Auf diese Weise kann das Datenmaterial bereits auf die für die Fragestellung relevanten Aspekte reduziert werden (2022, S. 143–144). Da es sich beim Sample-Umfang um eine überschaubare Menge an Interviews handelt und bereits vorgängig Zusammenfassungen erstellt wurden, wurde in diesem Schritt darauf verzichtet.

6. Phase: Einfache und komplexe Analysen

In der Phase sechs werden einfache und komplexe Analysen durchgeführt. Dabei stehen die Themen und Subthemen für den Auswertungsprozess im Vordergrund. Für die Auswertung gibt es verschiedene Analyseformen (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 147). Für das Forschungsvorhaben wurde die kategorienbasierte Analyse entlang der Hauptkategorien ausgewählt. So wurden zuerst die Hauptkategorien und anschließend die Subkategorien beschrieben. Eine sinnvolle Reihenfolge ist wichtig, diese wurde nach der Auflistung der Hauptkategorien entlang der Themenbereiche gemacht, damit sie nachvollziehbar sind (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 148).

7. Phase: Ergebnisse verschriftlichen und Vorgehen dokumentieren

Abschliessend wird die siebte Phase durchgeführt. Dabei geht es um die Verschriftlichung der relevanten Erkenntnisse und Forschungsergebnisse (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 154). Die Ergebnisse werden in Kap. 6 dargestellt und in Kap. 7 diskutiert.

5.8 Gütekriterien/Auswertung/Reflexion des methodischen Vorgehens

Die Frage, wie die qualitative Forschung angemessen bewertet werden soll, ist bislang noch nicht zufriedenstellend geklärt (Flick, 2012, S. 487). Während die Gütekriterien in der quantitativen Forschung konsensfähig sind, werden sie in der qualitativen Forschung kontrovers diskutiert (Döring, 2022, S. 106). Bisher gibt es diesbezüglich noch keine allgemeingültige, konsensfähige Haltung. Die Nachfrage nach verbindlichen Kriterien steigt (Döring, 2023, S. 106–107).

Döring empfiehlt, dass bereits zu Beginn des Forschungsprozesse bewusst das Ziel verfolgt wird, dass eine aussagekräftige Studie realisiert wird, die auf Grundlagen von Qualitätsdimensionen durchgeführt und innerhalb des Forschungsprozesses in den verschiedenen Phasen berücksichtigt wird. Es sollte begründet werden, weshalb welche Kriterien wann eingesetzt werden (Döring, 2023, S. 107). Gemäss Strübing et al. konkretisieren Gütekriterien Leistungsmerkmale mit Zielen und Eigenschaften, Verfahren und Ergebnissen, woran ersichtlich ist, inwieweit die Forschung gelungen ist (2018, S. 85).

Die Master-Thesis wird nachfolgend anhand der fünf Gütekriterien von Strübing et al. überprüft und erläutert (2018, S. 85).

Gegenstandsangemessenheit

Dabei geht es darum, dass das methodische Vorgehen zum Gegenstand der Forschung passt. Die Expert:inneninterviews eigneten sich dafür, da dadurch wichtige Informationen aus der Perspektive der Psychiater:innen gewonnen werden konnten, welche für die Fragestellung relevant waren. Die ausgewählte Methode, die inhaltlich strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker, eignete sich dafür, da sie einen strukturierten Ansatz bietet und die deduktive wie auch induktive Kategorienbildung zulässt und sich für die leitfadenorientierten Interviews eignet (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 130).

Empirische Sättigung

Die empirische Sättigung hängt von drei Faktoren ab: Vom Zugang zum Feld respektive dem Aufbau eines laufenden Vertrauensverhältnisses zwischen Forschenden und Feld, von der aktiven systematischen Gestaltung des Datenkorpus (wobei die Menge wie auch die Vielfalt der Daten eine Rolle spielen) und von der intensiven Analyse (Strübing et al., 2018, S. 88–90). Die Sättigung tritt ein, wenn zusätzliche Daten keine neuen Erkenntnisse mehr liefern. In der vorliegenden Arbeit wurden die drei Faktoren berücksichtigt. Es wurde ein Vertrauensverhältnis zum Feld hergestellt. Dies ermöglichte den Zugang zu relevanten Informationen. Dadurch, dass lange Zeit keine Interviewpartner:innen gefunden werden konnten, wurde der Zeitraum verlängert, welcher für die Interviewdurchführung ursprünglich eingeplant war. Die Anzahl der Interviews wurde entsprechend angepasst.

Theoretische Durchdringung

Theorie, Empirie und Methode sollten miteinander verbunden betrachtet werden und nicht isoliert voneinander. Bei der theoretischen Durchdringung geht es um die Qualität der Theoriebezüge (2018, S. 90–93). Die Theoriebezüge waren insofern adäquat, dass sie bei der Interviewerhebung sowie im Verlauf der Auswertung sinnvoll verbunden werden konnten. Da viele verschiedene theoretische Aspekte miteinbezogen wurden, wurden einige theoretische Punkte nur am Rand behandelt und nicht immer mit den praktischen Aspekten der Auswertung in Verbindung gesetzt. Dies könnte darauf hindeuten, dass eine stärkere Fokussierung auf ausgewählte Theorien notwendig gewesen wäre, um die Analyse noch gezielter und kohärenter zu gestalten.

Textuelle Performanz

Es geht nicht nur darum, Daten zu sammeln und zu analysieren, sondern auch darum, wie verständlich und nützlich die Auswertung ist. Die Argumentation sollte klar und logisch sein, die Schlussfolgerungen nachvollziehbar (2018, S. 93–94). Dieses Gütekriterium wurde erreicht, da neben der Datensammlung und -analyse darauf geachtet wurde, dass der Ablauf gut nachvollziehbar gestaltet ist und die Ergebnisse verständlich sind.

Originalität

Originalität ist gegeben, wenn die Forschung einen neuen Beitrag zum wissenschaftlichen Diskurs leistet (Strübing et al., 2018, S. 95). In diesem Fall zielt die vorliegende Master-Thesis darauf ab, den Wissensstand der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis zu erweitern. Der Fokus liegt auf spezifischen Fragestellungen im Bereich der psychiatrischen Praxis, wodurch neue Erkenntnisse und Perspektiven gewonnen werden, die bislang kaum erforscht wurden. Damit leistet sie einen Beitrag zum wissenschaftlichen Diskurs.

6. Darstellung der Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Forschungsergebnisse vorgestellt. Die Darstellung erfolgt strukturiert, entlang der acht gebildeten Hauptkategorien und dreiundzwanzig Subkategorien. Um die Darstellung zu veranschaulichen, werden die Kategorien mit Zitaten aus den Interviews ergänzt. Das gesamte Kategoriensystem mit allen Subkategorien ist im Anhang B zu finden.

Tabelle 3. Übersicht Hauptkategorien und Subkategorien

Hauptkategorien	Subkategorien
Persönliche Erfahrung	- Erfahrungsbasierte Meinung zur Sozialen Arbeit allgemein - Meinung zur Sozialen Arbeit in der psychiatrischen Praxis
Erwartungen und Wünsche an die Sozialarbeitenden	- Fachliches Wissen/ Ausbildung - Gute Vernetzung - «menschlich»

	- Bereitschaft zur interprofessionellen Zusammenarbeit
Funktions- und Aufgabenbereiche	- Funktion - Aufgabenbereiche
Strukturelle Rahmenbedingungen	- Idealtypischer Praxistyp - Räumliche Strukturen - Finanzierungsvorschläge - Politische Aspekte
Patient:innen	- Niederschwelligkeit - Bereitschaft, mit Sozialarbeitenden zusammenzuarbeiten
Herausforderungen	- Finanzierung - Aufbauphase - Doppelspurigkeit
Chancen für Patient:innen	- Auffangnetz - Sicherheit und Beständigkeit - Erreichbarkeit - Biopsychosoziale Betrachtung
Chancen Psychiater:innen/ Praxis	- Entlastung - Wechselseitige Wissensaneignung

Quelle: Eigene Darstellung und Erhebung

6.1 Persönliche Erfahrung

In dieser Kategorie werden die persönlichen Erfahrungen der Psychiater:innen mit den Sozialarbeitenden in der Vergangenheit sowie in der aktuellen Tätigkeit berücksichtigt. Weiter werden die Meinungen der Psychiater:innen zur Idee der Sozialen Arbeit in der psychiatrischen Praxis einbezogen. Es werden die persönlichen Haltungen und Meinungen der befragten Psychiater:innen dargestellt.

Erfahrungsbasierte Meinung zur Sozialen Arbeit allgemein

Diese Subkategorie unterscheidet zwischen der Zusammenarbeit in der Vergangenheit im Klinikalltag oder in den Ambulatorien und der aktuellen Zusammenarbeit, welche die Psychiater:innen mit den externen Sozialarbeitenden haben.

Zusammenarbeit früher im Klinikalltag

Alle befragten Psychiater:innen gaben an, in ihrer Vergangenheit, in der Zeit als sie als Assistenzärztin oder Assistenzarzt in Kliniken oder Ambulatorien tätig waren, regelmässig mit Sozialarbeitenden zusammengearbeitet und dementsprechend bereits zahlreiche Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden gesammelt haben. Die Psychiater:innen gaben an, dass die Zusammenarbeit mit den Sozialarbeitenden in den Kliniken und Ambulatorien vorwiegend eng, regelmässig und gut war. Alle Psychiater:innen gaben an, dass gerade in Kliniken und Ambulatorien die interprofessionelle Zusammenarbeit die Regel ist und die Psychiater:innen dort häufig mit den Sozialarbeitenden zusammenarbeiten. Die regelmässige Zusammenarbeit mit den Sozialarbeitenden gehörte zum Klinikalltag, wie nachfolgendes Zitat zeigt:

«Das heisst, ich habe lange in Kliniken gearbeitet, wo die interdisziplinäre Arbeit zusammen mit der Sozialarbeit zum Alltag gehört hat, in den interdisziplinären Rapporten oder auch im ambulanten Setting.» (Interview 5, Pos. 9)

«Also grundsätzlich dadurch, dass ich früher einen Teil meiner beruflichen Karriere, also ursprünglich sogar in der Sozialpsychiatrie tätig war, war es für mich über lange Zeit ein Teil meiner Arbeit, also in der Institution, dass man auch mit einer Sozialarbeiterin, mit einem Sozialarbeiter zusammenarbeitet. Und von daher habe ich das relativ normal in meinen Arbeitsalltag integriert. Es war auch ganz wichtig in der stationären Psychiatrie, dass man Zugriff auf die Ressourcen der Sozialarbeit hat.» (Interview 1, Pos. 5)

Zusammenarbeit aktuell aus der psychiatrischen Praxis

Die aktuelle Zusammenarbeit zwischen den befragten Psychiater:innen und den Sozialarbeitenden, welche in unterschiedlichen Beratungssettings arbeiten oder auf dem Sozialdienst, wurde von den Psychiater:innen als gut bis sehr gut beschrieben. Anders wurde die Intensität der Zusammenarbeit beschrieben, welche im Vergleich zum

Klinikalltag deutlich geringer ist. Auch findet in der Regel keine regelmässige Zusammenarbeit den Psychiater:innen und den Sozialarbeitenden statt. Die Zusammenarbeit, die jedoch stattfindet, wurde überwiegend als positiv beschrieben. In den Interviews wurde am häufigsten die Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden des Sozialdienstes, Beistandspersonen oder der KESB genannt. Auch Beratungsstellen wie Pro Infirmis oder Berner Gesundheit wurden häufig erwähnt.

Auch wurde von den Psychiater:innen geäussert, dass sie häufig erleben, dass die Sozialarbeitenden auch froh über den Austausch mit den Psychiater:innen sind, wie folgendes Zitat verdeutlicht:

«Ich erlebe die Zusammenarbeit sehr gut und kooperativ, alle Zusammenarbeitsaspekte. Ich merke auch, dass die Sozialtätigen schon froh sind, wenn man mal zusammen diskutieren darf, sei es eine Telefonkonferenz oder dass ich über die Patienten mit dem Sozialarbeiter diskutieren darf.» (Interview 1, Pos. 20)

Die gute Zusammenarbeit in der Vergangenheit, zum Beispiel im Klinikalltag, aber auch aktuell im Arbeitsalltag in der psychiatrischen Praxis, wurde häufig erwähnt. Es zeigt sich, dass die Zusammenarbeit mit Sozialarbeiter:innen in der psychiatrischen Praxis deutlich geringer ist als im Klinikalltag und häufig nur punktuell stattfindet.

Vereinzelte wurden auch Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit den Sozialarbeitenden genannt. Als Schwierigkeiten wurden häufig der Zeitmangel der Sozialarbeitenden vor allem auf den Sozialdiensten und die schwierige Erreichbarkeit der Sozialarbeitenden genannt. Besonders schwierig war die Situation, wenn z.B. eine Budgetkürzung durch den Sozialdienst erfolgte und die Psychiater:innen versuchten, dies mit den Patient:innen zu klären, aber niemanden erreichen konnten, der dies begründete und erklärte. Erschwerend wurden ebenfalls die fehlende Kommunikation und der mangelnde Austausch in einzelnen Fällen empfunden.

Meinung zur Sozialen Arbeit in der psychiatrischen Praxis

Zu Beginn des Interviews wurden die Psychiater:innen gefragt, ob ihnen das Thema der Sozialen Arbeit in der psychiatrischen Praxis bereits einmal begegnet ist und wie sie zur Sozialen Arbeit in der psychiatrischen Praxis stehen. Ziel war es, ihre persönliche Haltung und Meinung zu dieser Thematik zu erfragen und zu erkennen. Alle

Befragten hatten bis zu diesem Zeitpunkt noch keine Kenntnis der Thematik der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis sowie der psychiatrischen Praxis. Erst durch die Interviewanfrage wurden sie auf dieses Thema aufmerksam. Um die Befragten für die Thematik zu sensibilisieren und ihnen eine Vorstellung davon zu vermitteln, wie eine solche Zusammenarbeit konkret aussehen könnte, wurde ihnen im Vorfeld ein Kurzbeschrieb des Themas zugeschickt. Dieser umfasste einen Beschrieb über die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis sowie das Ziel, die Angebotsformen und die Finanzierungsformen. Dabei wurden hauptsächlich Daten von der Studie von Rüegg et al. (2022b) verwendet. Die Befragten zeigten sich an einer direkten Zusammenarbeit mit der Sozialarbeit in der psychiatrischen Praxis sehr interessiert. Besonders sehen sie Vorteile darin, dass die Patient:innen von den Sozialarbeitenden Unterstützung erhalten und mit ihren sozialen Problemen und Anliegen nicht alleine gelassen werden.

«Ich glaube, es bleibt einfach ganz, ganz viel liegen, weil keine Zeit ist. Also ich kann es dann nicht an einen anderen Arbeitsort mitnehmen und da abarbeiten, da auch dort keine Zeit ist. Schlicht gibt es viele soziale Anliegen, mit denen die Leute einfach alleine bleiben.» (Interview 4, Pos. 25)

Wie das folgende Zitat zeigt, stellt die Soziale Arbeit nicht nur eine Entlastung im Hinblick auf soziale Belange der Patient:innen dar, sondern kann auch bei Schwierigkeiten und Spannungen zwischen den Psychiater:innen und den Patient:innen in der Kommunikation unterstützend wirken und helfen, Spannungen abzubauen. Dies kann zu einer Entlastung der Psychiater:innen führen. Spannungsabbau kann zu einer gelingenden Arbeitsbeziehung zwischen den Psychiater:innen und den Patient:innen führen, was deeskalierend wirkt.

«Also ob man freundlich ist oder nicht, das kann Spannungszustände schon abfedern. Manchmal ist es so, wenn sich die Patienten mit ihren Psychiatern gerade nicht so gut verstehen und eine Sozialarbeiterin da ist, macht es das Ganze milder und das schont tatsächlich auch psychiatrische Ressourcen.» (Interview 4, Pos. 21)

Eine befragte Person stellte den Bedarf der Sozialen Arbeit in der psychiatrischen Praxis infrage. Diese Person hatte bisher gute Erfahrungen mit dem bestehenden Unterstützungsnetz der Patient:innen gemacht und ist mit den Stellen, an die sie die

Patient:innen vermittelt, selber gut vernetzt. Sie ist unsicher, ob der Bedarf wirklich vorhanden ist, zusätzlich Sozialarbeitende in psychiatrischen Praxen zu integrieren. Zudem hat diese Person Bedenken geäußert, dass die Sozialarbeit in psychiatrischen Praxen dazu führen könnte, dass sich insgesamt zu viele Personen im Unterstützungsnetz einzelner Patient:innen befinden könnten.

«Ich bin einfach nicht ganz sicher, ob wirklich genug Bedarf da ist, ehrlich gesagt.»
(Interview 1, Pos. 22)

Vier der fünf Befragten waren im Gegensatz zur vorgängig aufgeführten Person der Meinung, dass die Sozialarbeit in der psychiatrischen Praxis grundsätzlich sehr sinnvoll ist, der Bedarf aus ihrer Sicht vorhanden ist und sie eine Etablierung der Sozialen Arbeit in der psychiatrischen Praxis sehr begrüßen und auch nutzen würden. Häufig wurden die zahlreichen sozialen Probleme genannt, welche die Patient:innen haben und wo die Psychiater:innen viel Unterstützungsbedarf sehen.

«Und ich glaube, es wird nicht jeden Tag thematisiert, aber es gibt ganz viele, viele Patienten, welche Unterstützung im sozialen Bereich benötigen. Also das wäre sehr sinnvoll, wenn man Sozialarbeit involvieren könnte.» (Interview 4, Pos. 4)

Obwohl vereinzelt Schwierigkeiten und Herausforderungen in Zusammenarbeit mit den Sozialarbeitenden genannt wurden, betonen die Psychiater:innen insgesamt die wichtige Bedeutung und den positiven Einfluss der Sozialarbeitenden auf die Zusammenarbeit mit den Patient:innen und auf die Patient:innenversorgung.

Die Psychiater:innen zeigen sich grundsätzlich für eine Zusammenarbeit mit den Sozialarbeitenden offen, auch mit Blick auf die Zusammenarbeit innerhalb der psychiatrischen Praxis.

6.2 Erwartungen und Wünsche an die Sozialarbeitenden

Aufgrund der bereits vorhandenen Kenntnisse und Erfahrung mit der Sozialarbeit und der früheren engen Zusammenarbeit hatten alle Befragten klare Vorstellungen, Wünsche und Ideen, was Sozialarbeitende, die in einer psychiatrischen Praxis tätig sind, mitbringen sollten.

Fachliches Wissen/Ausbildung

Wichtig erscheint den Psychiater:innen, dass die Sozialarbeitenden eine Ausbildung bzw. ein Studium in Sozialer Arbeit haben. Es wurde mehrfach erwähnt, dass ein umfassendes Fachwissen, insbesondere im Versicherungsbereich, aber auch im juristischen Bereich, wie z.B. im Arbeitsrecht, gerade im Zusammenhang mit Krankschreibungen, als unerlässlich angesehen und vorausgesetzt wird. Die Psychiater:innen gaben in den Interviews an, dass ihnen das Wissen in diesen Bereichen oftmals fehlt, und auch die Zeit dafür. Darüber hinaus erwarten die Befragten von den Sozialarbeitenden Fachwissen im Bereich der Psychiatrie wie auch das Kennen verschiedener Krankheitsbilder. Neben dem fachlichen Wissen wurde gewünscht, dass die Sozialarbeitenden eine biopsychosoziale Sichtweise mitbringen, die im Arbeitsalltag gelebt wird. Dies verdeutlicht nachfolgendes Zitat:

«Ich weiss nicht, wie gut das Curriculum der Sozialarbeit hinsichtlich der gesundheitlichen Themen generell und der psychiatrischen Themen im Speziellen ist und wie gut das abgedeckt ist. Eventuell müsste dort auch ein Nachdiplom-Modul angeboten werden. (...) Ich wünsche mir generell, dass das medizinische und vor allem das psychiatrische Wissen zur Grundausbildung des Sozialarbeiters gehört. Das versteht sich aus diesen drei Ecken (biopsychosoziales Modell) heraus.» (Interview 3, Pos. 67)

Es wurde Interesse an dem Studium der Sozialen Arbeit und dessen Inhalten gezeigt und die Frage in den Raum gestellt, ob es gegebenenfalls eine zusätzliche Ausbildung oder Weiterbildung zum Beispiel in klinischer Sozialarbeit benötige, um sicherzustellen, dass die Sozialarbeitenden genügend fachliches Wissen wie auch Verständnis für die Patient:innen mitbringen.

Gute Vernetzung

Es wird von den Sozialarbeitenden erwartet, dass sie über ein gut ausgebautes Netzwerk an Kontakten verfügen, mit den Angeboten vertraut sind, eine entsprechende Auswahl treffen können und beratend mit den Patient:innen diese besprechen, um gegebenenfalls direkt Termine mit den jeweiligen Stellen zu vereinbaren. Hier wurden von den Psychiater:innen sehr unterschiedliche Themen- und Problembereiche wie Kinderschutz, Erwachsenenschutz, Austausch mit Behörden und Ämtern, zum Beispiel bei Budgetkürzungen, Gefährdungsmeldungen, aber auch bei Schulden,

finanziellen Fragen und bei drohender Obdachlosigkeit, häuslicher Gewalt, Integration oder Unterstützung bei der Klärung der Finanzierung bei Krankschreibungen explizit angesprochen und genannt. In einigen Fällen wird eine Begleitung der Patient:innen durch die Sozialarbeitenden gewünscht, wenn es die Situation verlangt.

«Also grundsätzlich wäre das jemand, der das ganze Netz von anderen sozialen Angeboten gut kennt, zum Beispiel wie man mit finanziellen Schuldenfragen umgeht, wie man mit Kinderschuttfällen umgeht, wie man mit zerstrittenen Ehepaaren umgeht.»
(Interview 1, Pos. 30)

«menschlich»

In den Interviews wurde immer wieder der Wunsch geäußert, dass die Sozialarbeitenden «menschlich» und verständnisvoll zu den Patient:innen sein sollten.

«Ich denke, wenn die Person keine Sensibilität für unsere Patienten hat und nicht versteht, wo die Patienten stehen, wird es schwierig. Autonomie fördern ist wichtig. Aber es gibt Patienten in einer bestimmten Situation in ihrem Leben, die brauchen jemanden, der sie unterstützt und sie nicht wegschickt.» (Interview 5, Pos. 74)

Auf die Nachfrage, was konkret darunter zu verstehen sei, wurde gesagt, dass insbesondere für die psychiatrischen Patient:innen und ihre Situation grundsätzlich ein Verständnis vorhanden sein müsse. Da wünschten sie sich jemanden, der die Geduld und die Bereitschaft aufbringt mit den Patient:innen zusammenzuarbeiten und einen sensibilisierten Umgang zu pflegen.

Bereitschaft zur interprofessionellen Zusammenarbeit

Ein Faktor, der von zwei Befragten mehrfach genannt wurde, ist die Bereitschaft zur interprofessionellen Zusammenarbeit. Es sei wichtig, dass eine interprofessionelle Zusammenarbeit stattfinde, welche gut funktioniert, in der man sich offen begegnet und in der die Rollen geklärt sind. Es wird gewünscht, dass die Sozialarbeitenden sich offen für die interprofessionelle Zusammenarbeit zeigen und diese auch schätzen. Mehrmals wurde erwähnt, dass es ein Miteinander sein sollte, in dem bei Bedarf ein Austausch stattfindet, wie folgendes Zitat zeigt:

«Ich würde sagen, im besten Fall läuft es, wie die Zusammenarbeit jetzt mit den anderen Berufsgruppen läuft. So dass wirklich eine Zusammenarbeit stattfindet, dass man keine ‹Cluster› macht, irgendwie jeder für sich in seiner Ecke, sondern dass es einen Austausch gibt.» (Interview 5, Pos. 65)

6.3 Funktions- und Aufgabenbereiche

Diese Hauptkategorie umfasst konkret die Funktions- und Aufgabenbereiche, die die Sozialarbeit in der psychiatrischen Praxis übernehmen kann. Beides wurde bei den Psychiater:innen gezielt erfragt. Insbesondere wurde erfragt, in welchen Bereichen sie sich Unterstützung durch Sozialarbeitende wünschen und welche Aufgaben diese aus ihrer Sicht übernehmen können.

Funktionsbereiche

In den Interviews wurde konkret nach den Aufgaben der von Rüegg et al. (2022b, S. 33–34) genannten Rollen gefragt: Casemanager:in, Netzwerker:in, Sozialberater:in und psychosoziale:r Berater:in. Dabei wurde erfragt, welche Vorstellungen Psychiater:innen im Arbeitsalltag mit diesen Rollen verbinden. Die Rollen der Beratung und Schulung von Arztpraxen wurden dabei nicht berücksichtigt, da der Fokus auf den konkreten Aufgabenbereichen in der direkten Arbeit mit Patient:innen lag.

Die Auswertung der Interviews mit den Psychiater:innen ergab drei zentrale Funktionen, die Sozialarbeitende in der psychiatrischen Praxis ausüben können bzw. die wiederholt als potenzielle Rollen der Sozialarbeit in der psychiatrischen Praxis genannt und gewünscht wurden:

- Vernetzen
- Beraten
- Begleiten

Vernetzen:

In der expliziten Befragung der Psychiater:innen wurden viele Ideen und Beispiele genannt, welche konkreten Aufgaben die Sozialarbeit im Rahmen der Vernetzung übernehmen könnte. Konkrete Beispiele wurden von allen Psychiater:innen genannt. Dazu zählen beispielsweise die Vernetzung mit der Arbeitsstelle der Patient:innen, die

Vernetzung mit einer Substitutionsbehandlung bei suchtkranken Patient:innen oder die Vernetzung mit dem Sozialdienst

Beraten:

Auch die Funktion der Beratung bei sozialen Problemen der Patient:innen wurde von den Psychiater:innen sehr häufig genannt. Alle können sich darunter etwas vorstellen und sehen es als Aufgabe der Sozialarbeit, Patient:innen in sozialen Fragen und Anliegen professionell zu beraten und ihnen mögliche Wege aufzuzeigen.

«Beraten im Umgang mit den Behörden, mit Versicherungen, was es für die Patienten bedeutet, wenn sie jetzt den Weg A oder den Weg B gehen, beraten in finanziellen Anliegen der Patienten.» (Interview 5, Pos. 17)

Neben der Patient:innenberatung wurde in den Interviews vereinzelt auch die Beratung von Psychiater:innen durch die Sozialarbeitenden genannt und gewünscht. In diesem Zusammenhang gaben die Befragten an, dass sie es auch gut fänden und es nutzen würden, wenn sie punktuell Fragen zu sozialen Belangen hätten, diese dann kurz mit den Sozialarbeitenden klären zu können.

Begleiten:

Die Mehrheit der Psychiater:innen gab im Rahmen der Interviews auch an, dass sie sich wünschen, dass die Sozialarbeit in der psychiatrischen Praxis bei Bedarf auch die Begleitung der Patient:innen übernimmt. Als Beispiele nannten die Befragten die Begleitung der Patient:innen zu einem Termin, zu einem wichtigen Gespräch oder zu einem Behördengang. Dies wurde von den Befragten als unterstützend genannt und beschrieben.

«Die Sozialarbeiterin kann ihn auch mal zu einem Termin begleiten, zum Beispiel zur Bank, wenn er nicht weiss, wie man einen Dauerauftrag einrichtet, weil er etwas abbezahlen muss, zum Beispiel 30 Franken im Monat, die er schuldet.» (Interview 2, Pos. 98)

Aufgabenbereiche

Neben den drei Rollen, die sich für die Sozialarbeit in der psychiatrischen Praxis gezeigt haben, wurden von den Befragten viele Aufgabenbereiche, die Sozialarbeitende übernehmen könnten, zum Teil sehr detailliert beschrieben. Die Frage stellt sich, in welchen Bereichen die Sozialarbeit Unterstützung anbieten könnte und wie die Aufgabenbereiche aussehen. In diesem Kapitel werden nicht alle Bereiche behandelt, da die Aussagen der Psychiater:innen dazu dienen, ein Profil für die Sozialarbeitenden in der psychiatrischen Praxis zu erstellen. Dieses Profil wird in Kapitel 7.2 dargestellt. Allgemein kann festgehalten werden, dass die Psychiater:innen eine Bandbreite von Aufgabenbereichen und Probleme nannten, welche aus ihrer Sicht aktuell zu kurz kommen oder wo sie sehr froh um Unterstützung wären. Sehr häufig wurde von allen fünf Befragten der Unterstützungsbedarf in versicherungsrechtlichen Anliegen genannt. Besonders im Bereich der Invalidenversicherung (IV) wurde Unterstützung in verschiedenen Situationen gewünscht: Sei es beim Ausfüllen der Anmeldung, bei der Begleitung zu Terminen, bei der Koordination der Zusammenarbeit mit der IV oder auch beim Verfassen von Einsprachen. Nicht so häufig, aber ebenfalls oft gewünscht wurde Unterstützung bei Themen wie den Ergänzungsleistungen (EL) und der Hilflosenentschädigung (HLE).

Aber auch in diversen anderen Anliegen, wie beispielsweise dem Arbeitsrecht und beim Austausch mit der Arbeitsstelle wird häufig sozialarbeiterische Unterstützung gewünscht. Weitere Themen waren auch familiäre Probleme, Sucht, drohende Obdachlosigkeit, fehlende Tagesstruktur, anstehende Haftstrafen oder Fragen aus dem Bereich Kindes- oder Erwachsenenschutz.

«Es treten immer wieder Fragen auf, seien es Versicherungsfragen für die Patienten, Fragen zu den Krankenschreibungen, Fragen zu behördlichem Vorgehen, Umgang mit Renten, mit IV, mit allen möglichen Fragen aus dem sozialen Bereich. Und dann kamen auch noch Fragen zur Arbeit, vor allem bei Patienten, die berentet sind, also die eine IV-Rente haben. Da bin ich als Psychiaterin überfordert. Es braucht jemanden, der sich auskennt, der die Leute orientieren kann.» (Interview 5, Pos. 9)

Was nicht konkret gewünscht wurde und auch nicht im Interview genannt wurde, sind konkrete methodische Erwartungen hinsichtlich der Gesprächsführung mit den Patient:innen.

6.4 Strukturelle Rahmenbedingungen

Diese Hauptkategorie umfasst die Einschätzungen der Befragten zu den strukturellen Rahmenbedingungen. Diese umfassen den möglichen idealtypischen Praxistyp, die räumlichen Strukturen, die Finanzierungsmöglichkeiten wie auch die politischen Aspekte.

Idealtypischer Praxistyp

Den Psychiater:innen wurde die Frage gestellt, welcher der drei Praxistypen (integrierte Sozialberatung, externe Sozialberatung vor Ort oder externe Sozialberatung ausserhalb der psychiatrischen Praxis) sie für sich und ihre Patient:innen am sinnvollsten und realistischsten erachten. Drei der fünf befragten Psychiater:innen sind überzeugt, dass es sinnvoll wäre, Sozialarbeit direkt vor Ort, also in der psychiatrischen Praxis, zu integrieren oder eine externe Sozialberatung zur Verfügung zu haben, welche regelmässig in der psychiatrischen Praxis vor Ort arbeitet. Dies wurde damit begründet, dass es den Austausch zwischen den Sozialarbeitenden, den Psychiater:innen wie auch den Patient:innen vereinfachen würde und durch die kurzen Wege eine schnelle Überweisung stattfinden könnte.

«Das ‹Gäbigste›, das Praktischste wäre schon, wenn eine Sozialarbeiterin oder ein Sozialarbeiter hierher in die Praxis kommen könnte. Wenn man ihnen den Raum geben kann, wäre es noch cooler, denn dann könnten wir ja auch zur gleichen Zeit arbeiten. (...) Überschneidungszeiten, die man zusammen bespricht und planen kann. Aber grundsätzlich ist das alles ein Problem der kurzen Wege. Darum hätte ich natürlich am liebsten, wenn so jemand hier erscheinen würde. Oder wenn man eine Praxisgruppe hätte. Dort wäre eine Sozialarbeit, das wäre einfach fix, jemanden da in den eigenen Räumen im Zentrum.» (Interview 3, Pos. 75)

Die Psychiater:innen gaben an, dass sie davon ausgehen, dass die Art von Praxistyp, in der sich die Sozialarbeitenden in der Praxis aufhalten oder in der regelmässig jemand anwesend ist, am effektivsten in Bezug auf die Termineinhaltung ist und dass die Termine von den Patient:innen am häufigsten wahrgenommen würden. Dies wurde damit begründet, dass je nach Patient:innengruppe, wie gerade bei Suchtpatient:innen, Patient:innen mit Depressionen, aber auch bei jungen Erwachsenen, ein möglichst niederschwelliger Zugang wichtig sei, da dadurch die Erfolgschancen für die

Einhaltung von Terminen erhöht würden. Vereinzelt wurde von den Befragten auch genannt, dass sie es schätzen würden, eine sozialarbeiterische Fachperson regelmässig in der Praxis zu haben, da bei sozialen Anliegen, Problemen oder Fragen der Patient:innen eine kurzer Austausch, eine kurze sozialarbeiterische Beratung oder ein Informationsaustausch möglich wäre. Häufig wurde dies auch im Zusammenhang mit früheren Tätigkeiten genannt, wo dies der Fall war und sie gute Erfahrungen damit gemacht hatten.

Ein weiterer Aspekt ist, dass nicht nur die Termineinhaltung verbessert werden könnte, sondern auch das Vertrauen in die Sozialarbeit durch die direkte Vermittlung der Psychiater:innen an die Sozialarbeiter:innen gestärkt würde.

«Ja, weil das Vertrauen schon da ist. Und auch wenn man nur fünf Minuten als Psychiaterin dazukommt, sich vorstellt und schaut, ist das Vertrauen da und die Patienten können sich besser öffnen.» (Interview 2, Pos. 68)

Zwei der befragten Personen konnten nicht pauschal sagen, welchen Praxistyp sie am geeignetsten fänden. Es käme sehr auf die Patient:innen und ihre Ressourcen an. Es gibt Patient:innen, für die eine externe Sozialberatung ohne weiteres in Frage käme, weil sie ihre Termine selbständig wahrnehmen würden. Bei anderen Patient:innen wäre die integrierte Sozialberatung aufgrund der kurzen Wege und der Niederschwelligkeit vorteilhaft. Die Aspekte der Niederschwelligkeit und der kurzen Wege wurden im Rahmen der Interviews immer wieder erwähnt. Patient:innen, die Schwierigkeiten haben, sich an die Termine zu halten und schwer erreichbar sind, hätten so die Möglichkeit, einen einfacheren Zugang zur Sozialberatung zu haben.

Räumliche Strukturen

Es wurde wiederholt erwähnt, dass es insbesondere in Einzelpraxen oder kleineren Praxen als schwierig angesehen wird, ausreichend Raum oder ein freies Büro für die Sozialarbeit bereitzustellen. In grösseren Praxen stellt sich dieses Problem tendenziell weniger, da dort in der Regel freie Büroräume zur Verfügung stehen.

Finanzierungsvorschläge

Ein Faktor, der immer wieder im Verlauf der Interviews auftauchte, war die Finanzierung. Die Finanzierung der Sozialarbeitenden wurde von allen Befragten als grosses

Hindernis und als Schwierigkeit genannt. Vier von fünf befragten Psychiater:innen gaben an, dass sie sofort mit Sozialarbeitenden zusammenarbeiten würden und sie in der psychiatrischen Praxis anstellen würden, wäre die Finanzierung geklärt und gesichert. Der Aufwand der Finanzierung und die administrativen Belange hierbei müssten gering sein, da die zeitlichen Ressourcen der Psychiater:innen beschränkt sind. Auch wurde in den Interviews mehrmals erwähnt, dass im Vergleich zu den regulären Hausarztpraxen bei den kleineren psychiatrischen Praxen meist kein weiteres medizinisches Personal angestellt ist, wie beispielsweise eine medizinische Praxisassistentin oder ein medizinischer Praxisassistent. Die Aufgaben, wie z.B. die Terminvergaben, werden meist von den Psychiater:innen übernommen

Für alle Befragten war klar, dass die TARMED-Position 02.04 sich aktuell nicht auf die psychiatrische Praxis anwenden liesse, auch wenn es wünschenswert wäre. Eine der befragten Personen berichtete davon, dass sie vor Jahren bereits versucht habe, die Sozialarbeit über die TARMED-Position 02.04 abzurechnen, jedoch daran scheiterte, da dies nicht bewilligt wurde. Der Weg zu einer Anerkennung, damit über TARMED abgerechnet werden könnte sei sehr zeitaufwändig und schwierig. Eine Befürchtung war, dass am Ende weniger Lohn bleiben würde, wenn über TARMED abgerechnet würde und davon noch mehr Berufsgruppen bezahlt würden.

«Also am einfachsten wäre die TARMED-Position, wo dann die Sozialarbeiterin selbst abrechnen kann. Wo sie sich zum Beispiel in die Praxis einmietet, einen Tag in der Woche oder alle zwei Wochen oder je nachdem, wie der Bedarf ist, sich einmietet und dann selbst abrechnet, die Anträge macht. Wenn ich etwas genehmigen muss, auch ein paar Zeilen schreiben muss, wäre es kein Problem.» (Interview 2, Pos. 47)

Als weitere Finanzierungsmöglichkeiten wurde von den Psychiater:innen die Gemeinde und der Kanton genannt, welche für die Kosten aufkommen sollten, da es sich um soziale Probleme handelt. Vereinzelt wurde die Finanzierung über die Einnahmen angesprochen. Aufgrund der sonst eher knappen finanziellen Ressourcen in der psychiatrischen Praxis wurde dies jedoch nicht weiter als realisierbar betrachtet.

Alle Befragten hatten keine weiteren Möglichkeiten genannt, wie die Sozialarbeit finanziert werden könnte. Es zeigte sich, dass die Psychiater:innen neben den äusserst

limitierten zeitlichen Ressourcen, die sie im Arbeitsalltag zur Verfügung haben, froh sind, wenn sie nicht noch ein aufwändiges und zeitintensives Prozedere anwenden müssen, um die Sozialarbeit in ihrer Praxis zu implementieren, sondern den ganzen Vorgang möglichst einfach und effizient gestalten können.

Es konnte betreffend Finanzierung kein Unterschied zwischen Einzelpraxis und Gemeinschaftspraxen festgestellt werden. In beiden Fällen sind die finanziellen Ressourcen begrenzt.

Politische Aspekte

In den Interviews wurden wiederholt Aussagen festgestellt, die einer politischen Sichtweise zugeordnet werden können. So wurde etwa in Bezug auf die Finanzierung zwischen gesundheits- und sozialpolitischer Relevanz differenziert. Es wurde häufig genannt, dass diese Thematik Aufgabe der Sozialpolitik oder der Gesundheitspolitik sei. Zudem wurde wiederholt betont, dass der Kanton und die Gemeinden für die Finanzierung der Sozialen Arbeit in der psychiatrischen Praxis zuständig sind und die Verantwortung dafür übernehmen sollten.

«Also für mich das das Einzige, was umsetzbar ist, wenn die Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern schnell beschliesst, dass man das Angebot neu anbietet und finanziert und eine allgemeine Anlaufstelle für Sozialarbeit schafft.» (Interview 1, Pos. 40)

6.5 Patient:innen

Um die Sichtweise der Patient:innen zu beleuchten und die Voraussetzungen der Patient:innen zu ermitteln, wurden die Psychiater:innen dazu befragt. Dabei ging es einerseits um die Frage, ob die Bereitschaft der Patient:innen vorhanden wäre, mit den Sozialarbeitenden zusammenzuarbeiten, andererseits, um die Bedürfnisse der Patient:innen abzuklären.

Niederschwelligkeit

Von den befragten Psychiater:innen wurde die Niederschwelligkeit, also der unkomplizierte Zugang zur Sozialberatung, sehr häufig als positiver Aspekt genannt. Die Tatsache, dass Sozialarbeitende in der Praxis anwesend sind, wird von den Befragten als

praktikabel und nützlich beurteilt. Dies wurde besonders dann genannt, wenn die Sozialberatung in der Praxis ist und so im Idealfall, wie die Psychiater:innen sagten, eine direkte Triage von ihnen zu den Sozialarbeitenden durchgeführt werden kann. Vereinzelt äusserten die Psychiater:innen auch das Gefühl, dass die Patient:innen schon Vertrauen zu den Sozialarbeitenden hätten, wenn die Psychiater:innen diese vermitteln würden.

«Ich denke in der Praxis direkt, weil der Patient schon Vertrauen zum Arzt oder zum Psychologen hat. Und ich denke, das Vertrauen ist da und es würde die Hemmschwelle massiv reduzieren.» (Interview 2, Pos. 34)

Bereitschaft mit den Sozialarbeitenden zusammenzuarbeiten

Alle befragten Psychiater:innen waren sich einig, dass Patient:innen, die soziale Anliegen haben, sehr offen für die Zusammenarbeit mit der Sozialarbeit sind. In den Interviews wurde mehrfach erwähnt, dass keineswegs alle Patient:innen die Unterstützung durch die Sozialarbeit benötigten und sehr viele Patient:innen genügend Unterstützung hätten und gut im sozialen Netz eingebunden seien. Diejenigen Patient:innen, die Unterstützungsbedarf hätten, wären sicherlich offen und auch dankbar für die angebotene Unterstützung. In einzelnen Fällen könnte es Patient:innen geben, die der Sozialarbeit gegenüber kritisch oder unsicher eingestellt seien. In diesen Fällen sahen sich die Psychiater:innen als vermittelnde Personen, welche den Kontakt zu den Sozialarbeitenden herstellen könnten. Konkret nannten die Befragten dabei Situationen mit der KESB, zum Beispiel bei Gefährdungsmeldungen der eigenen Person oder der Kinder.

«Ich denke die Patienten würden mit der Sozialarbeit zusammenarbeiten, wenn sie neutral ist. Ich denke, es ist mit dem Sozialdienst der Gemeinde ein bisschen zwiespältig. Weil die Patienten dort zu viel Druck erfahren, gewisse Auflagen zu erfüllen oder Angst haben oder misstrauisch sind.» (Interview 2, Pos. 57)

Aus den Antworten geht hervor, dass alle fünf Psychiater:innen grundsätzlich davon ausgehen, dass viele Patient:innen froh über das Angebot der Sozialarbeit sind und dieses auch nutzen würden, sei es innerhalb der psychiatrischen Praxis oder auch in einer sozialen Beratungsstelle extern.

6.6 Herausforderungen

Die Psychiater:innen wurden zu den Herausforderungen und Stolpersteinen befragt, welche sich bei der Etablierung der Sozialarbeit in der psychiatrischen Praxis ergeben könnten. Dabei zeichneten sich die Finanzierung, die Aufbauphase des Angebots wie auch die Gefahr der Doppelspurigkeit als herausfordernde Faktoren heraus. Die Finanzierung wird bei zwei Unterkategorien thematisiert, bei den strukturellen Rahmenbedingungen und bei den Stolpersteinen. Da bereits in Kap. 6.2 darauf eingegangen wurde, wird an dieser Stelle darauf verzichtet.

Aufbauphase

Als weitere Herausforderung wurde die Aufbauphase, also die Bekanntmachung der sozialarbeiterischen Leistungen in der psychiatrischen Praxis genannt. Es wurde in einem Interview gesagt, dass es gerade zu Beginn schwierig sein kann, die Termine der Patient:innen so zu legen, dass sie und die Sozialarbeitenden anwesend sind. Weiter wurde genannt, dass zu berücksichtigen ist, dass mit einer längeren Anlaufzeit gerechnet werden muss. Dies bedeutet, dass von Anfang an darauf geachtet werden sollte, dass die Sozialarbeitenden ausgelastet seien. Auch die Psychiater:innen müssten sich an die Veränderungen gewöhnen. Die Planung der Implementierung muss gut durchdacht sein. Dies erfordert von allen Beteiligten ein gewisses Mass an Flexibilität und kann gerade zu Beginn eine Herausforderung sein.

Doppelspurigkeit

Eine befragte Person wies darauf hin, dass bei einer Einbindung der Sozialarbeit in der psychiatrischen Praxis die Gefahr von Doppelspurigkeit in den Beratungstätigkeiten bestehen könnte. Die Frage der Fallführung müsste geklärt werden, damit Doppelspurigkeiten vermieden werden können. Dies veranschaulicht nachfolgendes Zitat:

«Ein wichtiger Stolperstein, den ich im Kopf habe, ist die Auseinandersetzung mit der Frage, wer für die Fallführung verantwortlich ist. Wer ist die Person, die die letztendliche Behandlungsverantwortung hat? Das muss einfach klar geregelt sein, dann kann die Zusammenarbeit gut funktionieren. Es wäre sicherlich etwas, das man gut anschauen sollte.» (Interview 1, Pos. 33)

Diese Person hatte eine Doppelspurigkeit in der Zusammenarbeit schon erlebt und äusserte sich dahingehend, dass dies durch eine transparente, gute Kommunikation, eine klare Aufgabenteilung und eine Klärung der Aufgaben verhindert werden kann. Grundsätzlich nannten alle Befragten mögliche Herausforderungen. In den Interviews waren sich alle Psychiater:innen einig, dass eine gelingende und gute Zusammenarbeit stattfinden könne, wenn klar und offen kommuniziert würde.

6.7 Chancen

Eine Kategorie bezieht sich auf die Chancen, die sich aus der Etablierung der Sozialen Arbeit in der psychiatrischen Praxis ergeben könnten. Daraus lassen sich sowohl Chancen für die Patient:innen als auch Chancen für die Psychiater:innen ableiten.

6.7.1 Chancen für die Patient:innen

Auffangnetz

In den Interviews wiesen die befragten Psychiater:innen öfters darauf hin, dass die zeitliche Ressourcenknappheit bei den Sozialdiensten spürbar sei. Dies führe dazu, dass die Sozialarbeitenden teilweise sehr schwer zu erreichen seien, Prozesse zu Ungunsten der Patient:innen sehr lange dauern würden und die Hürde bzw. der Zugang zur Unterstützung dadurch erschwert würde, da ein informeller Austausch mit den Fachpersonen untereinander kaum möglich sei und in solchen Situationen fehle. In solchen Fällen wurde von den Psychiater:innen mehrfach genannt, dass die Sozialarbeitenden in der psychiatrischen Praxis eine wichtige Rolle übernehmen könnten. Sie können in solchen Situationen eine Erstunterstützung anbieten und als Schnittstelle zwischen den Behörden und den Patient:innen fungieren.

«Ja, also ich denke, bei Patienten, die zum Beispiel ihre Finanzen nicht mehr selbständig machen können, wären die Sozialarbeitenden eine grosse Unterstützung. Die KESB arbeitet sehr langsam, auch bei Gefährdungsverhältnissen arbeitet sie extrem langsam, unglaublich langsam. Ja, die Sozialarbeit als Schnittstelle zwischen Patienten und KESB wäre sinnvoll. Es kann nicht sein, dass man ein Jahr wartet, bis ein Entscheid kommt.» (Interview 2, Pos. 70)

Eine andere Schwierigkeit, welche genannt wurde, sind Patient:innen, welche an keine Institution angeschlossen sind. Eine Chance besteht darin, diese Patient:innen in der

psychiatrischen Praxis zu beraten und wenn nötig, den Zugang zu unterstützenden Angeboten zu ermöglichen. Der Vorteil ist, dass dies direkt in der Praxis passieren kann oder sie an passende Stellen (wie externe Sozialarbeitende) weitervermittelt werden, wie folgendes Zitat zeigt:

«Ja, ich merke, dass es immer löcheriger wird für Leute, die kein Recht auf institutionelle Anlaufstellen/ Beratungsstellen, also Sozialdienste haben. Die informellen Anlaufstellen wird auch schwieriger. Und dann weicht man auf die hochinformellen Netzwerke aus.» (Interview 3, Pos. 42)

Das Zitat zeigt, dass die befragte Person den Zugang zu sozialarbeiterischen Leistungen zunehmend erschwert wahrnimmt. Gerade für Personen, welche nirgends angeschlossen sind, ist es schwierig, eine geeignete Beratung bzw. überhaupt eine sozialarbeiterische Beratung zu erhalten. Darüber hinaus wird auf die «hochinformellen Netzwerke» Bezug genommen. Als «hochinformelle Netzwerke» wurden Sozialarbeitende aus dem Verwandten- oder Bekanntenkreis genannt. Sie können bei konkreten fachlichen Fragen, beispielsweise zu Versicherungen oder rechtlichen Themen, Auskunft geben. Dieser Rückgriff auf Personen im Bekanntenkreis wurde in zwei Interviews erwähnt.

Sicherheit und Beständigkeit

Als Chance für die Sozialarbeit in der psychiatrischen Praxis wurde von den Psychiater:innen die Sicherheit und Beständigkeit für die Patient:innen als wichtiger Faktor genannt. Die Patient:innen wissen, in der Praxis werden verschiedene Themenbereiche besprochen und verschiedene Anliegen bearbeitet. Dies vermittelt den Patient:innen Sicherheit und Halt. Die Sicherheit kann zu einer Entspannung und Stabilität führen, welche für die psychische Gesundheit von Vorteil ist. Weiter zeigt das nachfolgende Zitat, dass die Vielzahl an unterschiedlichen Terminen und das ständige Wiederholen und Wiedergeben der persönlichen, teils auch sehr privaten Probleme zu einer Erschöpfung der Patient:innen führen kann.

«Also ich denke, es wird dem Patienten schon mal Sicherheit geben. Ich komme jetzt an und ich muss mich nicht noch weiter verzetteln, sondern es wird hier für mich geschaut. Ich denke, dieser Halt ist schon wichtig. Die Patienten kommen ja nicht, wenn sie fit sind und wenn alles schön läuft, sondern wenn es bereits Belastungen gibt, wenn sie bereits müde sind und zum Teil auch die kognitiven Fähigkeiten beeinträchtigt sind. Man kann sich weniger gut konzentrieren, man ist vergesslich und wenn man noch Termin hier, Termin da, Termin dort organisieren muss, jedes Mal den Fall schildern muss, das ist sehr erschöpfend für die Patienten.» (Interview 5, Pos. 25)

Auch können die schnellen und unkomplizierten Hilfsangebote durch die Sozialarbeit die Eigenverantwortung der Patient:innen stärken. Durch eine erste positive Erfahrung, welche sie durch die sozialarbeiterische Intervention erhalten, kann eine weitere Inanspruchnahme von Unterstützung, zum Beispiel durch eine andere Beratungsstelle, vereinfacht werden. Auch wurde genannt, dass die klare und transparente Zusammenarbeit die Patient:innenzufriedenheit fördern könnte, was gerade bei Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen zu mehr Stabilität und Sicherheit führen würde.

Erreichbarkeit

Eine befragte Person nannte als Chance die direkte Anbindung von Patient:innen mit sehr komplexen Fallkonstellationen. Diese Patient:innen könnten durch die Sozialarbeit in der psychiatrischen Praxis sehr niederschwellig beraten werden. Die Rede ist hier von Personen, welche durch das soziale Sicherungsnetz fallen und wenn überhaupt, dann nur im Notfall eine psychiatrische Praxis aufsuchen. Durch die nahen, schnellen und effizienten Interventionen könnte gerade in Bereichen, in denen eine Frist gegeben ist, wie beispielsweise bei Verfügungen mit einer Einsprachefrist, sehr schnell interveniert werden. So würde die Chance bestehen, dass jemand nicht ganz aus dem sozialen Netz fallen würde. Gerade bei Patient:innen, die sich in Situationen erhöhter Schutzbedürftigkeit befinden, ist eine frühzeitige Intervention sinnvoll. Aber auch multimorbide Menschen, die neben gesundheitlichen auch unter psychischen Erkrankungen leiden, müssen erreicht und unterstützt werden. Die Sozialarbeitenden in den psychiatrischen Praxen könnten so schneller intervenieren und nach Lösungen und Möglichkeiten suchen für Patient:innen, die sonst durch keine Sozialberatung mehr erreicht werden könnten, wie das Zitat zeigt:

«Also die Chance für die Patienten könnte sein, dass viel weniger Leute, ‹ab dem Karren› fallen würden, weil sie psychisch krank sind. Oftmals sind sie auch körperlich sehr krank.» (Interview 3, Pos. 52)

Ein weiterer Faktor, der mehrmals positiv herausgehoben wurde, sind die kurzen Wege, bedingt durch die Präsenz der Sozialarbeitenden in der Praxis. Die kurzen Wege ermöglichen bei Bedarf eine schnelle Intervention oder einen Fachaustausch zwischen den Sozialarbeitenden und den Psychiater:innen, was ressourcenschonend ist. Auch kann die schnelle und unkomplizierte Intervention dazu beitragen, dass soziale Probleme frühzeitig erkannt und aufgefangen werden und somit präventiv Unterstützung geboten wird.

Biopsychosoziale Betrachtung

Mehrfach wurde von den Befragten gesagt, dass sie davon ausgehen, dass durch die Sozialarbeit in der psychiatrischen Praxis eine ganzheitliche Behandlung stattfinden würde, da neben den psychiatrischen Themen auch die sozialen Probleme und Anliegen der Patient:innen behandelt werden könnten, wie folgendes Zitat zeigt:

«Genau, und deswegen braucht man Sozialarbeiter, dass man ein bisschen weiterkommt. Sinnvoll wäre es, weil die Versicherungsmedizin sehr stark trennt. Sie sagt, psychosoziale Probleme sind keine Krankheit, aber sie füttern die Krankheit. Und dann sind andere Kosten, Spitalaufenthalte, Notfalleinweisungen nötig. Daraus entstehen massiv höhere Kosten.» (Interview 2, Pos. 66)

Die ganzheitliche Perspektive im Sinne der biopsychosozialen Betrachtung wurde von den Befragten häufig genannt, als Mehrwert bezeichnet und als Vorteil für die direkte Zusammenarbeit mit der Sozialarbeit benannt.

«Man kommt mit der Gesundheit nicht vorwärts, wenn das Soziale ein Dauerproblem ist.» (Interview 2, Pos. 61)

6.7.2 Chancen für Psychiater:innen

Entlastung

Die Psychiater:innen gaben mehrfach an, dass sie davon ausgingen, durch die Etablierung der Sozialarbeit in der psychiatrischen Praxis mehr Zeit für psychiatrische Themen und Anliegen zu haben und weniger Zeit für die Klärung versicherungsrechtlicher Fragen aufwenden müssten, die anstrengend und zeitintensiv seien. Weiter wurde häufig genannt, dass das Klären von sozialarbeiterischen Problemen sehr viel Zeit in Anspruch nehme. Durch die engere Zusammenarbeit erhoffe man sich auch Arbeits erleichterung, die zeitliche Ressourcen schont, wie dieses Zitat zeigt:

«Es ist auch einfacher für mich, den Flur zu überqueren und zu fragen, hast du fünf Minuten? Ich kann da auch mehr Informationen übermitteln. Das ist mit der Schweigepflicht ja auch viel einfacher, wenn die Person vor Ort ist, als wenn man noch Dokumente rechts und links drucken und scannen muss.» (Interview 5, Pos. 25)

Durch die kurzen Wege und die direkte Zusammenarbeit wird hinsichtlich der zeitlichen Ressourcen eine Verbesserung erhofft. Insbesondere wird der Vorteil darin gesehen, dass Sozialarbeitende soziale Probleme von Patient:innen bearbeiten und die Psychiater:innen dadurch entlasten können. Dies wurde von allen Befragten genannt.

Wechselseitige Wissensaneignung

Ein weiterer Punkt, der sich in den Interviews als Chance herauskristallisierte, ist, dass Psychiater:innen und Sozialarbeitende durch die interprofessionelle Zusammenarbeit und den regelmässigen Austausch voneinander lernen und somit auch eine Erweiterung des Wissens für alle Beteiligten möglich ist.

7. Beantwortung der Forschungsfragen und Diskussion der Ergebnisse

In dem vorangegangenen Kapitel wurden die Forschungsergebnisse aus den qualitativen Interviews dargestellt. Nun werden die Ergebnisse zusammengefasst, die Fragestellung Beantwortet und anschliessend im Hinblick auf die in Kapitel 2 dargelegten Theorien sowie den in Kapitel 3 präsentierten Forschungsstand diskutiert. Die vierte Unterfrage zu den Handlungsempfehlungen wird einzeln in Kapitel 8 beantwortet.

7.1 Voraussetzung für die Etablierung der Sozialarbeit in der psychiatrischen Praxis

Die erste Unterfrage lautet: *Was benötigen Psychiater:innen, um Sozialarbeitende in ihrer Praxis einzusetzen?*

Für den Einsatz von Sozialarbeitenden in der psychiatrischen Praxis sind die strukturellen Rahmenbedingungen von Bedeutung. Dazu zählen die verschiedenen Praxistypen gemäss Rüegg et al. (2022b, S. 30), die in Kapitel 3.2 erläutert wurden, sowie die räumlichen Strukturen und die Finanzierung. Die Untersuchung zeigt zudem, dass gut qualifizierte Sozialarbeitende benötigt werden. Die Erwartungen an sie beziehen sich einerseits auf ihre Haltungen und andererseits auf fachliche Kenntnisse, die sie im Rahmen ihrer Tätigkeit in einer psychiatrischen Praxis einbringen sollten.

Für die Implementierung der Sozialarbeitenden sind die räumlichen Strukturen von entscheidender Bedeutung. Sie müssen im Vorfeld gut geklärt und geprüft werden. Insbesondere in kleineren Praxen oder Einzelpraxen ist die Infrastruktur für zusätzliches Personal häufig nicht gegeben.

Die Auswertung zeigt, dass die Finanzierung ein Hindernis für die Implementierung der Sozialarbeit in der psychiatrischen Praxis darstellt. Die Finanzierungsmöglichkeiten sind begrenzt. Die Meinungen der Psychiater:innen zu den Finanzierungszuständigkeiten sind divergierend.

Anders als im systematischen Vergleich in Kapitel 4, in dem die Querfinanzierung teilweise als Finanzierungsoption aufgeführt wird, zeigen die Forschungsergebnisse aus den Interviews mit den Psychiater:innen dass eine Querfinanzierung in Einzelpraxen und in grösseren Praxen kaum umsetzbar ist. Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass psychiatrische Praxen im Gegensatz zu vielen Hausarztpraxen häufig nicht über zusätzliches Praxispersonal verfügen.

Eine Kooperation mehrerer Praxen könnte es ermöglichen, Ressourcen effizient zu bündeln und die Sozialarbeit auf eine breitere organisatorische Basis zu stellen. Dadurch könnten finanzielle und zeitliche Belastungen besser verteilt werden. Auch eine Querfinanzierung der Sozialarbeit durch Überschüsse aus ärztlichen Leistungen erscheint in einer Gemeinschaftspraxis realistischer als in Einzelpraxen.

Eine Zusammenarbeit mit verschiedenen Praxen, die sich an der Finanzierung

beteiligen würden, wäre eine weitere Möglichkeit. So handhabt es das Sozialberatungsbüro (Sobü) in Bern (SoBü Bärn, n. d.).

Hinsichtlich der Haltungen zeigte die Untersuchung, dass es für die Psychiater:innen wichtig ist, dass Sozialarbeitende ein biopsychosoziales Grundverständnis mitbringen und im Arbeitsalltag leben sollten. Diese Erwartung deckt sich mit der Auffassung der WHO, die auf die Wichtigkeit der ganzheitlichen Betrachtung im Sinne des biopsychosozialen Verständnisses hinweist (Beushausen, 2024). Ebenso wird dies in der Synthese von McGregor et al. betont, in der hervorgehoben wird, wie wichtig es ist, psychische Gesundheitsprobleme im sozialen Kontext zu behandeln (2018, S. 9).

Weiter erwarten die befragten Psychiater:innen, dass die Sozialarbeitenden für die interprofessionelle Zusammenarbeit offen sind. In Kapitel 2.4 wurden die drei Formen der gelingenden interprofessionellen Zusammenarbeit vorgestellt (koordinative Verdichtung, projekthafte Verdichtung und ko-kreative Verdichtung) (Atzeni et al., 2017, S.12). Es ist sinnvoll, sich dieses Schemas bewusst zu sein und von Fall zu Fall zu prüfen, welche Form der interprofessionellen Zusammenarbeit notwendig und sinnvoll ist. Die SAMW-Studie zur interprofessionellen Zusammenarbeit zeigt, dass sich die psychiatrische Versorgung häufig zwischen projektbezogener und ko-kreativer Verdichtung bewegt (Atzeni et al., 2017, S. 37–38).

7.2 Funktions- und Aufgabenbereiche

Die zweite Unterfrage lautet: *Welche spezifischen Rollen und Aufgaben können Sozialarbeitende in der psychiatrischen Praxis übernehmen?*

Hinsichtlich der Funktions- und Aufgabenbereiche der Sozialarbeitenden wurden von den Psychiater:innen sehr viele unterschiedliche Themenbereiche sowie entsprechende Aufgaben genannt, die von Sozialarbeitenden bearbeitet werden könnten. Bei der Auswertung der Interviews kristallisierten sich drei übergeordnete Rollen heraus, die Sozialarbeitende in der psychiatrischen Praxis übernehmen könnten. Diese sind konkret das Vernetzen, das Beraten und das Begleiten und werden nachfolgend bildlich dargestellt und erläutert.

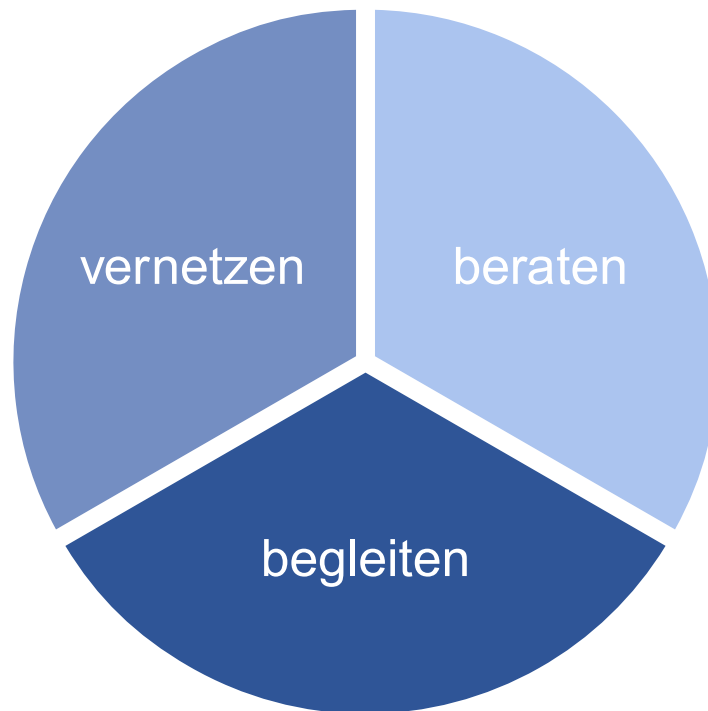


Abbildung 7. Drei Funktionen der Sozialarbeit in der psychiatrischen Praxis

Quelle: Eigene Darstellung und Erhebung

An dieser Stelle ist anzumerken, dass sich die Rollen auf die direkte Patient:innenarbeit in der Praxis beziehen.

Die **Vernetzungsrolle** beinhaltet das Erfassen der Problemstellung der Patient:innen sowie deren Weitervermittlung an geeignete Stellen und Angebote.

Die **Beratungsrolle** umfasst die themenspezifische Beratung der Patient:innen, um gemeinsam Lösungen zu erarbeiten.

Die **Begleitrolle** beinhaltet punktuelle Begleitungen zu Terminen, die Patient:innen aktuell nicht selbständig wahrnehmen können. Hausbesuche können notwendig sein, wenn eine eingeschränkte Mobilität vorliegt oder wenn eine Einschätzung der häuslichen Situation erforderlich ist.

Die drei Funktionen verstehen sich nicht als starres Rollenmodell. Vielmehr sollten die Rollen je nach Bedarf und Fallsituation flexibel und situativ zum Einsatz kommen.

Das Profil für die Sozialarbeit in der psychiatrischen Praxis, welches eine Aufgabenliste mit Themenbereichen beinhaltet, wurde auf der Grundlage des theoretischen Teils, des systematischen Vergleichs und der aus den Interviews gewonnenen Erkenntnisse erstellt. Zu berücksichtigen ist, dass das Profil eine Momentaufnahme

darstellt und nicht als abschliessend betrachtet werden kann. Es handelt sich um eine erste, vorläufige Ausarbeitung, die spezifisch auf die Sozialarbeit in der psychiatrischen Praxis zugeschnitten ist und in einem weiteren Schritt einer Überprüfung sowie einer Evaluation bedarf. Das Profil ist nachfolgend ersichtlich.

Die Profilbeschreibung für Sozialarbeitende in der psychiatrischen Praxis ist so zu verstehen, dass zunächst das übergeordnete soziale Problem benannt wird, anschliessend die nichtmedizinischen Anliegen beschrieben und daraufhin mögliche Angebote definiert werden. Diese sind den zuvor beschriebenen Rollen zugeordnet und mögliche Massnahmen werden benannt. Das Profil ist nachfolgend ersichtlich.

Tabelle 4. Profil für Sozialarbeitende in der psychiatrischen Praxis

Soziale Aufgabenbereiche	Nichtmedizinische Anliegen	Mögliche Angebote
Materielle Absicherung		
Finanzen	Budgetfragen/ Budgetprobleme	Vernetzung: - Vernetzung mit Budgetberatungsstellen Beratung: - Budget erstellen - Beratung hinsichtlich Budgetfragen und Unklarheiten Begleitung: - Begleitung zu Terminen auf der Beratungsstelle
	Unklarheiten betreffend Finanzen und Zuständigkeiten	Vernetzung: - Vernetzung mit dem Sozialdienst oder anderen Stellen (Invalidenversicherung (IV), Ergänzungsleistungen (EL) und Hilflosenentschädigung (HLE)) Beratung: - Beratung hinsichtlich Finanzierungsmöglichkeiten - Abklären betreffend Subsidiarität - Beratung in rechtlicher Hinsicht z.B. bei Ablehnungsentscheiden, Verfügungen - Unterstützen bei Anmeldungen und Anträgen (zum Beispiel beim SD oder bei der IV) - Unterstützung bei Fondgesuchen Begleitung: - Begleitung zu Terminen (zum Beispiel Ersttermin beim Sozialdienst oder der IV-Stelle)
	Schulden/ Verschuldung	Vernetzung: - Vernetzung mit Schuldenberatungsstelle Beratung: - Beratung hinsichtlich Möglichkeiten im Umgang mit Schulden - Kontaktaufnahme mit Gläubigern - Unterstützung beim Veranlassen von Mahnstopp, Abzahlungsvereinbarungen, Rechtsvorschlag - Unterstützung bei Abzahlungsvereinbarungen - Unterstützung beim Verfassen von Fondgesuchen Begleitung: - Begleitung zu Terminen (zum Beispiel dem Betreibungsamt)
Nothilfe	Fehlende finanzielle Mittel	Vernetzung: - Vernetzung mit Sozialdienst oder anderen Stellen - Vernetzung mit punktuellen Angeboten wie Suppenküche Beratung: - Beratung hinsichtlich Möglichkeiten der Überbrückungshilfe Begleitung: - Begleitung zu Terminen

Arbeit und Beschäftigung		
	(Drohende) Arbeitslosigkeit	Vernetzung: - Vernetzung mit Rechtsberatungsstellen - Vernetzung mit der Arbeitsvermittlung (Arbeitslosenkasse, RAV etc.) - Vernetzung mit psychiatrischen Diensten (Sozialdienst der psychiatrischen Dienste) bei Krankschreibung aus psychischen Gründen Beratung: - Beratung bezüglich rechtlicher Sicht (z.B. Schlichtungsgesuche) - Austausch mit der arbeitgebenden Stelle anbieten - Beratung hinsichtlich Anschlusslösungen - Anmeldeformalitäten, Arbeitsvermittlungsstellen, Arbeitslosenversicherungen Begleitung: - Begleitung zu Vernetzungsgesprächen mit der arbeitgebenden Stelle - Begleitung zu Terminen bei der Arbeitsvermittlung
	Konflikt am Arbeitsplatz/Mobbing	Vernetzung: - Vernetzung mit Rechtsberatungsstellen Beratung: - Beratung hinsichtlich Möglichkeiten (z.B. mediativ, rechtlich) - Anbieten einer Kontaktaufnahme mit der arbeitgebenden Stelle Begleitung: - Begleitung zu Terminen der Arbeitsvermittlung - Begleitung zu Terminen der arbeitgebenden Stelle
	Arbeitslosigkeit	Vernetzung: - Vernetzung mit der Stellenvermittlung - Vernetzung mit Bewerbungsbüros oder mit Stellen wie Bewerbungswerkstätten, Jobcoach, Arbeitstraining - Arbeitsintegrationsprogramme (wenn nicht durch RAV initiiert) Beratung: - Beratung hinsichtlich Stellensuche und Bewerbungsfragen - Unterstützung beim Erstellen und der Aktualisierung des Bewerbungsdossiers - Beratung in rechtlichen Belangen und Klärung der Finanzierung - Beratung hinsichtlich Arbeitsvermittlungsfähigkeit und Krankschreibung Begleitung: - Begleitung zu Terminen (wie zum Beispiel zur Stellenvermittlung oder zum ersten Arbeitstraining)
Tagesstruktur und sinnstiftende Beschäftigung		
	Fehlende Tagesstruktur, Alltagsgestaltung und soziale Isolation	Vernetzung: - Vernetzung mit Arbeitsintegrationsprojekten und Taglohnprojekten - Vernetzung mit möglichen Angeboten, welche ein niederschwelliges Angebot in Bezug auf die Tagesstruktur anbieten - Vernetzung mit psychiatrischen Tageskliniken/ psychiatrischen Diensten Beratung: - Beratung über mögliche Angebote in Bezug auf die Tagesstruktur, Taglohnprojekte oder auch einfach preisgünstige Angebote wie Hobbies - Beratung über Freiwilligenarbeit oder Vereinsarbeit - Unterstützung bei der Erstanmeldung - Unterstützung bei der Abklärung der Finanzierung Begleitung: - Begleitung zu den Erstterminen

Wohnsituation		
	(Drohende) Obdachlosigkeit	Vernetzung: - Vernetzung mit dem Mieter:innenverband - Vernetzung mit der Rechtsauskunftsstelle und den Schlichtungsstellen - Kontaktaufnahme mit der Liegenschaftsverwaltung oder der Hauseigentümerschaft - Vernetzung mit Wohnberatungsstellen Beratung: - Beratung hinsichtlich rechtlicher Sicht und Möglichkeiten - Beratung hinsichtlich alternativer Wohnformen (z.B. begleitetes Wohnen) - Beratung hinsichtlich Notschlafunterkünften und Unterstützung bei der Finanzierungsfrage - Schlichtungsgesuche stellen Begleitung: - Begleitung zu Terminen
	Verwahrlosungstendenzen	Vernetzung: - Vernetzung mit Reinigungs- und Räumungsunternehmen - Vernetzung mit dem Gesundheitsdienst - Vernetzung mit einer geeigneten Wohnbegleitungsstelle (Psychiatriespitex, sozialarbeiterische Wohnbegleitung je nach Bedarf) Beratung: - Allgemeine Beratung - Beratung hinsichtlich Möglichkeiten der Finanzierung von Wohnbegleitungen Begleitung: - Hausbesuche - Begleitung oder Anwesenheiten bei Vernetzungsgesprächen
	Wohnungssuche und Zugang zu bezahlbarem Wohnraum	Vernetzung: - Vernetzung mit möglichen sozialen Liegenschaftsverwaltungen - Vernetzen mit Wohnbaugenossenschaften Beratung: - Beratung und Unterstützung bei der Wohnungssuche - Unterstützung bei Wohnungsbewerbungen - Alternative Wohnformen vorschlagen/ prüfen (Wohngemeinschaften, begleitetes Wohnen, betreutes Wohnen, Wohnbaugenossenschaften) Begleitung: - Begleitung zu Terminen bei der Wohnbaugenossenschaft, Wohnungsbesichtigungen
	Konflikt mit vermietender Partei oder Nachbarschaft	Vernetzung: - Vernetzung mit dem Mieter:innenverband - Vernetzung mit der Rechtsberatung
Erwachsenenschutz		
	Unterstützungsbedarf bei Gefährdung, Beistandschaften und rechtlicher Begleitung	Vernetzung: - Vernetzung mit geeigneten Stellen (KESB und Sozialdienste) Beratung: - Früherkennung von Gefährdungssituationen - Unterstützung beim Aufgleisen einer Beistandschaft (Selbstmeldung bei Überforderung) - Beratung über unterschiedliche Beistandschaften - Gefährdungsmeldung - Kontakt mit dem Beistand oder der Beistandin bei Unklarheiten, Schwierigkeiten oder in Konfliktsituationen - Unterstützung bei amtlichen Dokumenten - Unterstützung bei Einsprachen Begleitung: - Begleitung zu Anhörungen oder zu Terminen bei der Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde
Kindesschutz		
	Familiäre Konflikte und Kindeswohlgefährdung	Vernetzung: - Vernetzung mit vermittelnden Stellen bei Kinderschutzfragen - Vernetzung mit der Schulsozialarbeit oder anderen Beratungsstellen bei Überforderung der Elternschaft - Vernetzung der Elternschaft mit Paarberatungsstellen Beratung: - Beratung hinsichtlich Früherkennung von Gefährdungssituationen - Beratung hinsichtlich Kindesschutz - Beratung bei Konflikten der Elternschaft - Unterstützung und Beratung bei Einsprachen - Unterstützung und Beratung bei amtlichen Dokumenten Begleitung: - Begleitung zu Terminen oder Anhörungen

Straffälligkeit und Haft		
	(Drohende) Haft und Alternativen zum Freiheitsentzug	Vernetzung: - Vernetzung mit den Bewährungs- und Vollzugsdiensten - Vernetzung mit allfälligen Stellen, welche für das Electronic Monitoring oder das Abarbeiten von gemeinnütziger Arbeit zuständig sind Beratung: - Beratung über Möglichkeiten, in welcher Form die Haft allenfalls durchgeführt werden kann - Prüfung der Hafterstehungsfähigkeit - Unterstützen beim Verfassen von Gesuchen - Beratung bei Einsprachen und Anhörungen Begleitung: - Begleitung zu Terminen
Umgang mit der psychischen Erkrankung		
	Unterstützung der Patient:innen im Umgang mit der Erkrankung und Unterstützung des sozialen Umfelds Stigmatisierung und Diskriminierung	Vernetzung: - Vernetzung mit Beratungsstellen für Angehörige und Selbsthilfegruppen - Vernetzung mit Psychiatriespitex oder psychiatrische Dienste Beratung: - Beratung zur Krankheit und Möglichkeiten im Umgang damit - Austausch und Gespräche mit dem Familiensystem Begleitung: - Begleitung zu Terminen - Begleitung zu externen Systemgesprächen
Suchterkrankungen (stoffgebundene und stoffungebundene Süchte)		
		Vernetzung: - Frühzeitige Erkennung und Vernetzung mit Suchtstellen, Beratungsstellen und Therapiestellen Beratung: - Beratung über Suchtmittel und mögliche Unterstützungsmöglichkeiten (wie zum Beispiel Langzeittherapien) - Beratung hinsichtlich möglicher Substitutionsangebote und unterschiedlicher Angebote aufzeigen - Angebote zur Abstinenzorientierung - Beratung in Bezug auf die Vier-Säulen-Drogenpolitik Begleitung: - Begleitung zu einer Therapiesitzung oder in ein Substitutionsprogramm
Krisenintervention und Notfälle		
		Vernetzung: - Vernetzung mit geeigneten Stellen, Kliniken oder auch Kriseninterventionszentren Beratung: - Mögliche Organisationen aufzeigen, Unterstützung bei der Anmeldung und Klärung der Finanzierung Begleitung: - Begleitung zu Erstgesprächen oder Terminen

Quelle: Eigene Darstellung und Erhebung

Ein Vergleich der drei Rollen aus der Auswertung der Interviews mit den fünf idealtypischen Rollen von Rüegg et al. zeigt inhaltliche Ähnlichkeiten, etwa in Bezug auf die Rolle der Vernetzung sowie auf konkrete Aufgaben wie die Beratung bei der Antragstellung (Rüegg et al., 2022b, S. 34). Auch decken sich die drei Rollen mit den Aufgaben, die die Sozialarbeit bei den vier Pionierangeboten übernimmt (Kapitel 4). Dies kann darauf hindeuten, dass gerade diese individuelle Rollenvielfalt die Sozialarbeit in der psychiatrischen Praxis wie auch in der Hausarztpraxis ausmacht.

Auffällig ist jedoch, dass in den Interviews mit den Psychiater:innen kaum Erwartungen an die Sozialarbeitenden im Hinblick auf Gesprächsführungsmethoden benannt wurden. Rüegg et al. nennen im Rahmen der Rolle der psychosozialen Beratung die

Motivierende Gesprächsführung oder die Systemische Beratung als Beispiele (Rüegg et al., 2022b, S. 34). Eine mögliche Erklärung hierfür könnte sein, dass die Befragung der Psychiater:innen sehr praxisbezogen war. Im Vergleich zu anderen medizinischen Fachrichtungen verfügen Psychiater:innen über sehr gute Kenntnisse dieser Methoden und messen ihnen weniger Bedeutung bei, da sie diese im Rahmen ihrer psychiatrischen Tätigkeit ohnehin regelmässig anwenden.

Die Antworten der befragten Psychiater:innen, die angeben, dass sie insbesondere in Themenbereichen wie Versicherungs- und Finanzfragen sozialarbeiterische Unterstützung benötigen, decken sich mit den Forschungsergebnissen von Rüegg et al. (2022a, S. 19). Wie auch die Analyse und der Obsan-Bericht der Ärztinnen und Ärzte in der Grundversorgung in der Schweiz zeigen, werden Themen wie finanzielle Sicherheit und Probleme mit der Wohnsituation von den Patient:innen häufig als Schwierigkeiten genannt (Pahud, 2019, S. 34). Auch zu den Leitfragen der Lebensweltbereiche (Bischof et al., 2023, S. 59) zeigen sich Parallelen in den Antworten der befragten Psychiater:innen. Diese decken sich im Wesentlichen mit den Leitfragen der Lebensweltbereiche der Sozialen Arbeit mit psychisch kranken Menschen aus Kapitel 2.3 (Bischof et al., 2023, S. 59). Ein Thema, das von den befragten Psychiater:innen nur einmal kurz erwähnt wird, ist Migration. In den Forschungsergebnissen von Rüegg et al. (2022a, S. 19) wird dieses Thema hingegen häufiger genannt. Ein möglicher Grund könnte darin liegen, dass die befragten Psychiater:innen weniger mit dieser Patient:innengruppe in Kontakt kommen und dieses Thema daher auch weniger präsent ist.

7.3 Herausforderungen und Chancen in Bezug auf die Etablierung der Sozialarbeitenden in der psychiatrischen Praxis

Die dritte Unterfrage lautet: *Welche Herausforderungen und Chancen würden sich durch die Etablierung der Sozialen Arbeit in psychiatrischen Praxis ergeben?*

7.3.1 Herausforderungen

In Bezug auf die Implementierung der Sozialarbeit in der psychiatrischen Praxis stehen drei Herausforderungen im Vordergrund: Die Finanzierung, die Gefahr der Doppelspurigkeit im Arbeitsalltag sowie die mangelnde Bekanntheit der Sozialarbeit in der psychiatrischen Praxis.

Da die Finanzierung bereits in Kapitel 7.1 behandelt wurde, wird an dieser Stelle nicht weiter darauf eingegangen. Die Auswertung zeigte, dass die Gefahr der Doppelspurigkeit im Arbeitsalltag eine Herausforderung darstellt. Da die zeitlichen Ressourcen aller Beteiligten knapp sind, sollte darauf geachtet werden, dass eine gute Auftragsklärung stattfindet, für die jedoch nicht zu viel Zeit aufgewendet wird. Diese Auffassung deckt sich mit den Erkenntnissen von Rüegg et al. (2022b, S. 21), welche anmerken, dass die Rollenklärung ein wichtiger Bestandteil der Sozialarbeit in der Hausarztpraxis und das gemeinsame Festlegen der Ziele ein wichtiger Faktor für eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit ist.

Als weitere Herausforderung wurde genannt, dass das Angebot möglicherweise nicht genutzt würde und dadurch die Sozialarbeitenden nicht ausreichend ausgelastet wären. Ein Vergleich mit den Pionierangeboten aus Kapitel 4 zeigt, dass der Stellenanteil der Sozialarbeitenden teilweise eher gering ist. Dies lässt vermuten, dass bereits mit einem geringeren Stellenanteil eine Wirkung erzielt würde. So könnte zunächst mit einem geringen Arbeitspensum in der Sozialarbeit begonnen werden, wodurch die strukturellen Bedingungen nicht zu stark in Anspruch genommen würden. Bei Bedarf könnte das Angebot schrittweise angepasst werden.

7.3.2. Chancen

Im Hinblick auf die Implementierung der Sozialarbeit in der psychiatrischen Praxis stehen folgende Chancen im Vordergrund: Entlastung für die Psychiater:innen, vereinfachter Zugang zu sozialarbeiterischen Leistungen, schnelle Vernetzung, kurze Kommunikationswege sowie die vermittelnde Rolle zwischen der Sozialarbeit und offiziellen Ämtern in Konfliktsituationen. Als Herausforderung und Chance zugleich zeigte sich die interprofessionelle Zusammenarbeit.

In Bezug auf die Chancen zeigt die Untersuchung, dass sich durch die Etablierung der Sozialarbeit in der psychiatrischen Praxis sowohl für die Psychiater:innen als auch für die Patient:innen neue Möglichkeiten ergeben. Die Psychiater:innen werden im Arbeitsalltag entlastet. In den Interviews wurde dies mehrfach genannt und damit begründet, dass die Befragten mehr Zeit für ihre psychiatrischen Themen haben, wenn die Sozialarbeit die sozialen Anliegen bearbeitet. Dadurch erfahren sie eine Entlastung. Eine Vereinfachung des Zugangs zu sozialarbeiterischen Leistungen könnte dazu führen, dass Wartezeiten und das teils komplizierte Anmeldeverfahren bei einer

Beratung wegfallen oder zumindest verkürzt werden. Dies kann beispielsweise bei einem Einspruch, der ja immer zeitlich begrenzt ist, sehr effizient und hilfreich sein. Auch könnte es zu einer Vereinfachung der formalen Voraussetzungen führen, zum Beispiel wenn im Anmeldeverfahren nicht mehrmaliges Aufnehmen der Stammdaten der Patient:innen nötig ist. Die kurzen Wege ermöglichen darüber hinaus spontane, schnelle Abklärungen, die zeitsparend sind. Dies ist insbesondere für diejenigen relevant, die aufgrund ihrer schlechten psychischen Verfassung keine regulären Sozialberatungstermine wahrnehmen können oder aufgrund von Schamgefühl, Stigmatisierung, Angst oder fehlendem Wissen hochschwellige Angebote nicht nutzen können. Gerade im psychiatrischen Bereich können Scham und Angst vor Stigmatisierung im Vergleich zu Hausarztpraxen erhöht sein, da psychische Krankheiten häufig noch immer ein Tabuthema sind. Die Sozialarbeit in der psychiatrischen Praxis kann dazu beitragen, den Zugang zur Sozialberatung erleichtern und die Hemmschwelle zu senken. Diese Erkenntnis deckt sich mit der Synthese von McGregor et al., dass durch Sozialarbeit die Ressourcenerschließung verbessert und der Zugang zu passender Behandlung erleichtert wird (2018, S. 2). Wie auch Sommerfeld et al. (2016, S. 65) anmerken, ist es zentral, dass Personen mit belastenden Lebensführungssystemen Unterstützung erhalten, um ein gelingendes Lebensführungssystem zu erreichen. Auch beim Projekt der Sozialberatung in Lichtenberg wurden die kurzen Kommunikationswege, welche sich durch die Sozialberatung in der Hausarztpraxis ergeben, als eine unkomplizierte und schnelle Intervention genannt. Die Schilderungen der Ärzte und Ärztinnen zeigen, dass die Inanspruchnahme des Angebots der Sozialberatung durch die räumliche Nähe zunimmt (Institut für Gerontologische Forschung e. V., 2022, S. 36–39). Eine weitere Chance besteht darin, dass die Sozialarbeitenden in der psychiatrischen Praxis eine Vermittler:innenrolle zwischen den offiziellen Behörden (Sozialdienste, KESB) und den Patient:innen übernimmt. Gerade in konfliktreichen Situationen kann die Soziale Arbeit eine vermittelnde und schlichtende Rolle einnehmen. In der Literatur findet sich bisher nur wenig Bezug zu diesem Zusammenhang. Dies kann darauf hindeuten, dass sich dieses Thema spezifisch auf die psychiatrische Praxis bezieht und häufiger vorkommt als in hausärztlichen Praxen.

Als Chance wie auch Herausforderung wurde die interprofessionelle Zusammenarbeit genannt. Wie in Kapitel 2.4 erläutert, ist die Sozialarbeit immer Teil eines interprofessionellen Teams (Homfeldt & Sting, 2018, S. 576). Diese Zusammenarbeit kann

herausfordernd sein, da unterschiedliche Disziplinen mit teils unterschiedlichem Berufsverständnis zusammenarbeiten. Die unterschiedlichen Machtverhältnisse können zu herausfordernden Situationen führen. Dies deckt sich mit dem Bericht der SAMW, in dem ebenfalls die Herausforderung der interprofessionellen Zusammenarbeit thematisiert wird (SAMW, 2020, S. 3).

Die Ergebnisse der Interviews zeigten, dass die Psychiater:innen eine positive Einstellung gegenüber der Sozialarbeit und auch gegenüber einer möglichen Etablierung der Sozialarbeit in der psychiatrischen Praxis haben. Diese Einstellung lässt sich damit erklären, dass alle Befragten in der Vergangenheit gute Erfahrungen mit Sozialarbeitenden gemacht haben. Die überwiegend positiven Erfahrungen der Psychiater:innen bezüglich der Zusammenarbeit mit der Sozialarbeit decken sich zudem mit den Ergebnissen der Studie zur gelingenden Interprofessionalität (Atzeni et al., 2017, S. 37–38). Die Studie zeigt ebenfalls, dass gerade im psychiatrischen Bereich die Wertschätzung der einzelnen Berufsgruppen innerhalb des Teams hoch ist. Dies wird damit erklärt, dass die Patient:innensituationen oft so komplex sind, dass den Fachpersonen bewusst ist, dass sie diese Herausforderungen nur in Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen bewältigen können (Atzeni et al., 2017, S. 37).

7.4 Beantwortung der Hauptfragestellung

Nachfolgend wird die Hauptforschungsfrage beantwortet:

<i>Wie kann Soziale Arbeit in der psychiatrischen Praxis eingesetzt werden?</i>
--

Zusammenfassend kann die Hauptfragestellung dahingehend beantwortet werden, dass die Psychiater:innen einer Etablierung der Sozialarbeit in der psychiatrischen Praxis mehrheitlich offen gegenüberstehen und einen grossen Bedarf für dieses Angebot sehen.

Wichtig ist, dass die Sozialarbeitenden über das notwendige Fachwissen, insbesondere in rechtlichen Belangen und Versicherungsfragen, verfügen oder bereit sind, dieses sich anzueignen. Grundkenntnisse über psychiatrische Themen und die Lebenswelt von Menschen mit psychischen Beeinträchtigungen sollten ebenso vorhanden sein wie ein biopsychosoziales Grundverständnis. Darüber hinaus sollten Sozialarbeitende die Bereitschaft, die Offenheit und die Fähigkeit mitbringen, interprofessionell zu arbeiten und diese Form der Zusammenarbeit wertzuschätzen. Neben der

persönlichen Eignung der Sozialarbeitenden müssen auch die Rahmenbedingungen für die Etablierung der Sozialarbeit geklärt sein. In der psychiatrischen Praxis empfiehlt es sich, eine Sozialberatung vor Ort anzubieten. Durch die kurzen Wege und die schnelle, unkomplizierte Überweisung ist die Niederschwelligkeit gegeben. Gerade Personen mit komplexen Mehrfachdiagnosen, die sonst eher durchs soziale Netz fallen, können so besser erreicht werden. Eine mögliche Herausforderung bei der Etablierung der Sozialarbeit ist die Finanzierung, die im Vorfeld geklärt werden muss. Zudem benötigt die Sozialarbeit eine Anlaufzeit, um gut in den Praxisalltag integriert zu werden. Chancen bei der Etablierung der Sozialarbeit in psychiatrischen Praxen ergeben sich dadurch, dass schutzbedürftige Patient:innen oder multimorbide Personen, die nirgendwo angeschlossen sind, erreicht, triagiert und vernetzt werden können. Zudem kann die Sozialarbeit in Konfliktsituationen als Vermittler:in in der psychiatrischen Praxis eingesetzt werden.

8. Schlussfolgerungen

Nach der Diskussion der Ergebnisse und der Beantwortung der Unterfragen 1- 3 sowie der Forschungsfragen werden in diesem Kapitel Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit und das Gesundheitswesen formuliert (Unterfrage 4). Abschliessend werden eine Reflexion und Limitationen dargestellt, gefolgt von einem Ausblick.

8.1 Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit

Wie die Master-Thesis zeigt, bringt Soziale Arbeit in der psychiatrischen Praxis viele Vorteile mit sich. Aus den Ergebnissen lassen sich Handlungsempfehlungen für die Soziale Arbeit, aber auch für das Gesundheitswesen ableiten, damit Soziale Arbeit in der psychiatrischen Praxis eingesetzt werden kann.

8.1.1 Langfristige Klärung und Zusicherung der Finanzierung

Die Finanzierung der Sozialen Arbeit in der psychiatrischen Praxis muss langfristig geklärt werden. Es braucht eine einheitliche und gesicherte Finanzierung, dies würde Sicherheit und Stabilität für alle Beteiligten bedeuten, was auch zu einer Stärkung der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen führen würde, dies durch die Krankenkasse oder auch durch den Kanton. Eine Option wäre auch eine Mischabrechnung/Mischkalkulation, damit die Finanzierung geteilt werden kann.

Die Politik entscheidet über die finanziellen Aspekte und stellt die entsprechenden Mittel bereit. Es erscheint wichtig, dass genügend Geld in psychiatrische ambulante Angebote fliesst und dass Ambulante vor stationären Leistungen priorisiert werden, da dies die kostengünstigere Variante ist. Es ist wichtig, dass notwendige Rahmenbedingungen geschaffen werden, damit genügend psychiatrische ambulante Angebote zur Verfügung stehen. Auch die Verbesserung der Gesundheitssituation gehört zu den Aufgaben des Staates. Eine Empfehlung lautet, die Vernetzung untereinander zu verbessern (BAG, 2023b). Dies könnte im Rahmen der Finanzierung und Implementierung von Sozialarbeit in der psychiatrischen Praxis umgesetzt werden. Damit würde auch dem präventiven Aspekt Rechnung getragen, mit dem Ziel, durch rechtzeitige Interventionen frühzeitig einzugreifen. Dies kann zu einer Kostenreduktion in verschiedenen Bereichen führen. Darüber hinaus wird an die Politik die Empfehlung ausgesprochen, die Zusammenarbeit und das Funktionieren der Schnittstelle zwischen Sozial- und Gesundheitspolitik zu verbessern.

8.1.2 Förderung sozialarbeiterischer Massnahmen im ambulanten psychiatrischen Bereich

Aufgrund der aktuellen Versorgungssituation im Gesundheitswesen und der Zunahme komplexer Fälle sind kreative Lösungen gefragt. Mit dem Ziel, Patient:innen durch sozialarbeiterische Interventionen und Vermittlungen punktuell zu beraten, zu vernetzen und zu unterstützen, wird empfohlen, punktuelle Unterstützungsmassnahmen zu fördern, damit gerade in ambulanten Settings im psychiatrischen Bereich die soziale Dimension bei Bedarf abgedeckt und gestärkt wird.

Es gibt verschiedene Ansätze, wie dies in der Praxis konkret umgesetzt werden kann. Als möglicher Vorschlag könnte neben der Sozialen Arbeit in der psychiatrischen Praxis auch eine Beratungsstelle für psychiatrische Belange eingerichtet werden, an die sich Psychiater:innen wenden können. Eine andere Option wäre die Implementierung und Umsetzung Sozialer Arbeit in anderen ambulanten Bereichen wie der Psychiatrie-spitex, um Patient:innen ganzheitlich zu begleiten und zu betreuen.

8.1.3 Gruppenpraxis und Gesundheitszentrum als mögliche Lösung

Tendenziell gibt es auch in der Schweiz zunehmend mehr Gruppenpraxen. Dabei ist zu empfehlen, dass Sozialarbeitende, neben den anderen Disziplinen auch in den Zentren eingesetzt werden. So können durch die gemeinsame Nutzung von Ressourcen,

wie Räumlichkeiten oder Personal, die Kosten gesenkt und Abläufe optimiert werden. Die Patient:innen könnten im besten Fall von der ganzheitlichen Fachexpertise der unterschiedlichen Berufsgruppen profitieren und die kurzen Wege wären für die unterschiedlichen Patient:innenanliegen gewährleistet.

8.1.4 Handlungsempfehlung für die Forschung

Da die Thematik relativ neu ist, gibt es bisher wenig Forschungsgrundlagen und es war bisher nicht möglich, Langzeitforschungen zur Sozialarbeit in der psychiatrischen Praxis durchzuführen. Generell besteht zu diesem Thema weiterer Forschungsbedarf. Um eine Grundlage zu schaffen, wäre es wichtig, eine Wirkungsforschung zur Sozialarbeit in der psychiatrischen Praxis durchzuführen. Dabei könnten auch die unterschiedlichen Bereiche wie beispielsweise die psychiatrische Praxis genauer untersucht werden. Um die Wirkung von Sozialarbeit in der Hausarztpraxis allgemein messen zu können, bedarf es natürlich einer fundierten Datenbasis, die über einen längeren Zeitraum erhoben werden müsste. Auf diese Weise könnte die Wirksamkeit überprüft werden und die Datengrundlagen könnten dazu dienen, erfolgreiche Ansätze zu identifizieren, die dann auch an anderen Orten umgesetzt werden könnten. Sinnvoll wäre auch eine Bedarfserhebung, um zu sehen, in welchen Bereichen welcher Bedarf besteht. Dies könnte auch der Legitimation der Sozialen Arbeit in der psychiatrischen Praxis dienen.

8.1.5 Investition in Bildung im Bereich der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen

Die Bedeutung und der Einfluss sozialer Probleme auf die Gesundheit sind unbestritten. Ungefähr 20 bis 25 Prozent der Sozialarbeiter:innen arbeiten im Bereich des Gesundheitswesens. Wie aus den Interviews mit den Psychiater:innen hervorgeht, ist es wichtig, dass die Sozialarbeiter:innen genügend Fachwissen mitbringen. Dies bedeutet, dass im Bachelor-Studiengang «Soziale Arbeit» eine fundierte und umfassende Vermittlung von Fachwissen zur Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen stattfinden sollte, ebenso sollte spezifisches Wissen in den Bereichen Psychiatrie und Versicherungen vermittelt werden. Es wird empfohlen, den Studierenden in diesen Bereichen gezielt eine gute und praxisnahe Grundlage zu vermitteln, die sie auch in anderen Feldern der Sozialen Arbeit anwenden können.

8.2 Reflexion und Limitation

Durch regelmässige Selbstreflexion wird versucht, die Objektivität soweit wie möglich zu wahren. Dennoch bleibt anzumerken, dass die Master-Thesis als Einzelarbeit verfasst wurde, was zur Folge hatte, dass im qualitativen Auswertungsprozess nur eine Person die Auswertung durchführte. Dies stellt eine potenzielle Einschränkung hinsichtlich der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit dar. Teilweise boten die interviewten Psychiater:innen die Du-Form an. Die professionelle Distanz blieb jedoch gewahrt und hatte keinen Einfluss auf die Auswertung der Daten.

Wie bereits erwähnt, gestaltete sich die Rekrutierung von Psychiater:innen als herausfordernd. Im Rahmen des Samplings wurde bewusst entschieden die Befragung auf Psychiater:innen des Kantons Bern zu beschränken. Im Nachhinein betrachtet wäre eine Ausweitung auf weitere Kantone sinnvoll gewesen. Zu Beginn wurde angenommen, dass kantonale Unterschiede, insbesondere hinsichtlich der Finanzierungsmodelle und der politischen Haltung, eine wesentliche Rolle spielen würden. Im Verlauf der Interviews und der anschliessenden Auswertung zeigte sich jedoch, dass entsprechende Kenntnisse bei den Psychiater:innen oftmals nur begrenzt vorhanden waren. Es konnten keine inhaltlichen Hinweise auf kantonsspezifische Besonderheiten gefunden werden, die die Übertragbarkeit der Ergebnisse wesentlich einschränken würden. Rückblickend kann festgehalten werden, dass die kantonale Begrenzung keine wesentlichen Auswirkungen auf die Erkenntnislage hat. Dennoch bleibt die geografische Einschränkung ein Punkt, der bei einer weiterführenden Forschung zu berücksichtigen ist.

Zudem hätte eine von Beginn an kürzer angesetzte Interviewdauer tendenziell zu einer höheren Teilnahmebereitschaft geführt, da die zeitlichen Ressourcen innerhalb dieser Expert:innengruppe eine zentrale Herausforderung darstellen.

Die Analyse erfolgte iterativ, wobei neue Erkenntnisse kontinuierlich mit bereits gewonnenen Ergebnissen abgeglichen wurden. Auf diese Weise konnte eine differenzierte Darstellung der Rolle der Sozialen Arbeit in der psychiatrischen Praxis erarbeitet werden.

Die Untersuchung beschränkt sich auf eine begrenzte Stichprobe: Es wurden fünf leitfadengestützte Interviews durchgeführt. Dabei wurde ausschliesslich die Sichtweise der Psychiater:innen berücksichtigt. Es wäre jedoch ebenso interessant und

erkenntnisreich gewesen, auch die Perspektiven der Patient:innen sowie der Sozialarbeitenden einzubeziehen, um ein umfassenderes Bild zu erhalten.

Darüber hinaus beschränkt sich die vorliegende Forschung auf den deutschsprachigen Raum in der Schweiz. Auch die geführten Interviews fanden ausschliesslich in dieser Sprachregion statt. Eine Ausweitung auf weitere Sprachregionen wäre aus wissenschaftlicher Sicht wünschenswert gewesen, um regionale Unterschiede besser erfassen zu können. Die vorliegende Forschung fokussiert sich auf psychiatrische Praxen. Andere hausärztliche Kontexte, wie beispielsweise ländliche Hausarztpraxen oder Kinderarztpraxen, wurden nicht berücksichtigt, da dies den Rahmen der Arbeit gesprengt hätte. Schliesslich bestehen Grenzen in der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Regionen, Sprachräume und Praxismodelle.

8.3 Ausblick

Zukünftige Untersuchungen könnten den Unterstützungsbedarf der Patient:innen differenzierter erfassen und zusätzlich unterschiedliche Arztpraxen, wie beispielsweise Kinderarztpraxen einbeziehen, um das thematische Erkenntnisinteresse zu vertiefen. Ausserdem könnten zukünftige Studien die Wirkung von Sozialarbeit in der Hausarztpraxis, insbesondere in psychiatrischen Praxen, über einen längeren Zeitraum hinweg untersuchen, um vertiefte Erkenntnisse zur Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der sozialarbeiterischen Interventionen zu gewinnen. Notwendig erscheint zudem eine umfassende Bedarfserhebung der verschiedenen Hausarztpraxen, um die tatsächlichen Bedürfnisse der Patient:innen systematisch zu ermitteln und zu erfassen. Obwohl sich im Rahmen der vorliegenden Arbeit ein Bedarf an sozialarbeiterischer Unterstützung abzeichnet, fehlen bislang Studien, die diesen Bedarf über längere Zeiträume hinweg quantitativ und qualitativ fundiert untersuchen. Eine langfristige Datenerhebung könnte dazu beitragen, sowohl den Unterstützungsbedarf als auch die nachhaltige Wirkung sozialarbeiterischer Leistungen in der psychiatrischen Praxis abzubilden.

Der Spardruck im Gesundheits- und Sozialwesen nimmt weiterhin zu. Wie die Interviews zeigen, sind die Sozialdienste zunehmend überlastet und es herrscht ein Fachkräftemangel. Dies führt dazu, dass insbesondere Menschen mit psychiatrischen Diagnosen oder erschwertem Zugang zu sozialen Angeboten, beispielsweise aufgrund von Suchterkrankungen, Angststörungen oder Depressionen, vor hohen Hürden

stehen. Hier kann Soziale Arbeit in der psychiatrischen Praxis eine entscheidende Rolle einnehmen.

Es wäre wünschenswert, bestehende Angebote langfristig zu stärken und neue Projekte im Bereich der ambulanten psychiatrischen Versorgung zu initiieren und zu fördern. Dazu zählen neben der Sozialarbeit in der psychiatrischen Praxis beispielsweise Modelle wie «Soziale Rezepte» oder der gezielte Einsatz von Sozialarbeit in der psychiatrischen Spitex.

Langfristig könnten solche Ansätze zur Stärkung der psychiatrischen ambulanten Gesundheitsversorgung beitragen und stationäre Hospitalisationen im psychiatrischen Bereich nachhaltige reduzieren.

9. Literaturverzeichnis

- Atzeni, G., Schmitz, C. & Berchtold, P. (2017). Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. Bern: Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. Swiss Academies Communications, 12(2).
- AvenirSocial & SAGES. (Hrsg.). (2018). *Leitbild Soziale Arbeit im Gesundheitswesen*. Verfügbar unter: https://www.sages.ch/wp-content/uploads/2020/04/RZ_Leitbild_A5_mc_150420_v2.pdf
- Baur, N. & Blasius, J. (2014). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-531-18939-0>
- Beushausen, J. (2024). *Biopsychosoziales Modell*. In socialnet Lexikon. socialnet. Verfügbar unter: <https://www.socialnet.de/lexikon/Biopsychosoziales-Modell>
- Bundesamt für Gesundheit. (2016). *Faktenblatt koordinierte Gesundheitsversorgung*. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home.html>
- Bundesamt für Statistik. (2020). *Soziale Ungleichheiten und körperliche Gesundheit*. Verfügbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/erhebungen/sgb.assetdetail.14817359.html>
- Bundesamt für Statistik. (2022). *Gesundheitsbefragung 2022. Psychische Gesundheit*. Verfügbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/querschnittsthemen/wohlfahrtsmessung/alle-indikatoren/gesellschaft/psychische-gesundheit.assetdetail.29525442.html>
- Bundesamt für Gesundheit. (2023a). *Tarifsystem TARMED: Ärztliche Leistungen in der Krankenversicherung*. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-leistungen-tarife/Aerztliche-Leistungen-in-der-Krankenversicherung/Tarifsystem-Tarmed.html>
- Bundesamt für Gesundheit. (2023b). *Politische Aufträge im Bereich psychische Gesundheit*. Verfügbar unter: <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/politische-auftraege-im-bereich-psychische-gesundheit.html>
- Berner Fachhochschule. (2024). *Gegen Einsamkeit: Soziale Aktivitäten auf Rezept*. Verfügbar unter: <https://www.bfh.ch/de/aktuell/stories/2024/gegen-einsamkeit-soziale-aktivitaeten-auf-rezept/>
- Bernische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie. (n. d.). *Freie Behandlungsplätze*. Verfügbar unter: <https://bgpp.ch/d9/freie-behandlungsplaetze>
- Bischkopf, J., Deimel, D., Walther, C. & Zimmermann, R.-B. (2023). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch*. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Brückner, B. (2015). Geschichte der psychiatrischen Sozialarbeit in Deutschland im 20. Jahrhundert – ein Überblick. In M. Dörr (Hrsg.), *Sozialpsychiatrie im Fokus Sozialer Arbeit* (S. 21–30). Stuttgart: Kohlhammer.
- Buttner, P. (Hrsg.). (2021). *Soziale Arbeit im Gesundheitswesen: Aufgaben und Potenziale*. Archiv für Wissenschaft und Praxis der Sozialen Arbeit, 52(3). Frankfurt am Main: Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge.
- Contact. (n. d.). *Suchtbehandlung: Informationen zur Behandlung von Sucht* [PDF]. Verfügbar unter: Contact Suchthilfe. Verfügbar unter: https://www.contact-suchthilfe.ch/wp-content/uploads/2022/02/RZ2_CONTACT_Flyer_M_5_Suchtbehandlung_PRO_DE_2022_web.pdf
- Curaviva. (2022). *Faktenblatt: Modellbaukasten interprofessionelle Zusammenarbeit*. Verfügbar unter: https://www.curaviva.ch/files/M5JSU9V/uebersicht_modelle__faktenblatt__curaviva__2022.pdf

- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Departement für auswärtige Angelegenheiten. (2024). *Gesundheitssystem*. Verfügbar unter: <https://www.eda.admin.ch/aboutswitzerland/de/home/wirtschaft/soziale-aspekte/gesundheitssystem.html>
- Döring, N. (2023). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften* (6., vollständig überarbeitete, aktualisierte und erweiterte Aufl.). Berlin: Springer-Verlag.
- Dresing, T. & Pehl, T. (2010). Transkription. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 723–733). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92052-8_50
- Egger, M., Dorner, T., Simon, M. & Schwappach, D. (2018). 3. Gesundheitssysteme. In M. Egger, O. Razum & A. Rieder (Hrsg.), *Public Health Kompakt* (S. 117–160). Berlin: De Gruyter. <https://doi.org/10.1515/9783110466867-007>
- Flick, U. (2012). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (5. Aufl.). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Gahleitner, S. & Pauls, H. (2019). *Klinische Sozialarbeit. socialnet Lexikon*. Verfügbar unter: <https://www.socialnet.de/lexikon/640>
- Gasser, J. (2015). Psychisch Kranke. *Historisches Lexikon der Schweiz*. Verfügbar unter: <https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/016597/2015-02-10/>
- Geissler-Piltzeitet, B. (2004). Im Brennpunkt liegt der Alltag der erkrankten Menschen. *Sozial Extra*, 28(1), 32–35. <https://doi.org/10.1007/s12054-004-0007-5>
- Gesundheitsförderung Schweiz. (2025). Projekt «Sozialberatung direkt in der Arztpraxis (SBDA)». Verfügbar unter: <https://gesundheitsfoerderung.ch/praevention-in-der-gesundheitsversorgung/projektfoerderung/gefoerderte-projekte/projekt-sozialberatung-direkt-in-der-arztpraxis>
- Gesundheitspunkt Oberägeri. (2024). Verfügbar unter: <http://gesundheitspunkt.ch>
- Geyer, S. (2021). Soziale Ungleichheit und Gesundheit/Krankheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. <https://dx.doi.org/>
- Haverkamp, F. (2008). Gesundheit und soziale Lebenslage. In E.-U. Husser, J. Boeckh & H. Mogge-Grotjahn (Hrsg.), *Handbuch Armut und Soziale Ausgrenzung* (S. 320–334). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-90906-6_17
- Helfferich, C. (2011). Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. (4. Aufl.). Wiesbaden: Springer.
- Homfeldt, H.-G. (2012). *Sozialarbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung*. In W. Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit* (S. 489–504). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Homfeldt, H.-G. & Sting, S. (2018). Gesundheit und Krankheit. In H.-U. Otto, H.Thiersch, R. Treptow & H (Hrsg.), *Handbuch Soziale Arbeit. Grundlagen der Sozialarbeit und Sozialpädagogik* (S. 566–576) (6. Aufl.). München: Ernst Reinhardt.
- Hosek, M., Honegger, E. & Stadler, A. (2020). *Bessere Behandlung durch Sozialberatung in der Hausarztpraxis*. Bulletin Des Médecins Suisses, 101(41), 1318–1320 <https://doi.org/10.4414/bms.2020.19125>
- Hurrelmann, K. & Richter, M. (2022). Determinanten der Gesundheit. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), *Leitbegriffe der*

- Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.* <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i008-2.0>
- Infodrog. (2024). Gesundheitsdeterminanten. *Präventionslexikon*. Verfügbar unter: <https://www.infodrog.ch/de/wissen/praeventionslexikon/gesundheitsdeterminanten.html>
- Institut für Gerontologische Forschung e. V. (2022). *Wissenschaftliche Begleitung der arztpraxisinternen Sozialberatung – Gesundheitsförderung und Teilhabe älterer Menschen: Bericht zum Zeitraum 1.1.-31.12.2021*. Bezirksamt Lichtenberg, Abteilung Familie, Jugend und Gesundheit, OE QPK.
- Kotthaus, J. (2020). *FAQ Methoden der empirischen Sozialforschung für die Soziale Arbeit und andere Sozialberufe*. Opladen: Verlag Barbara Budrich.
- Kuckartz, U. & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Grundlagentexte Methoden* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Kummer, N. (2023). *Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis: Beitrag und Potenzial für den Erwachsenenschutz. Theoretische Begründung und Entwicklung eines Leistungskatalogs* (Masterarbeit im Rahmen des Master of Advanced Studies in Kindes- und Erwachsenenschutz Berner Fachhochschule). Verfügbar unter: <https://www.soziothek.ch/soziale-arbeit-in-der-hausarztpraxis>
- Lamnek, S. & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung: Mit Online-Materialien*. Weinheim, Basel: Beltz Verlagsgruppe.
- Lüdders, L. (2016). *Fragebogen- und Leitfadenkonstruktion: ein Handbuch für Studium und Berufspraxis*. Bremen: Apollon University Press.
- Lützenkirchen, A., & Köppel, M. (2005). *Soziale Arbeit im Gesundheitswesen: Zielgruppen – Praxisfelder – Institutionen*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- McGregor, J., Mercer, S. W. & Harris, F. M. (2018). Health benefits of primary care social work for adults with complex health and social needs: a systematic review. *Health & Social Care in The Community*, 26(1), 1–13. <https://doi.org/10.1111/hsc.12337>
- Medinside. (2024). Zürich verschreibt Bewegung: Stadt testet «soziale Rezepte». Verfügbar unter: <https://www.medinside.ch/zuerich-verschreibt-bewegung-stadt-testet-«soziale-rezepte»-20240829>
- Medmedia. (2023). *Allgemeinmedizin und Sozialarbeit – eine notwendige Zusammenarbeit*. Verfügbar unter: <https://www.medmedia.at/aerzte-krone/allgemeinmedizin-und-sozialarbeit-eine-notwendige-zusammenarbeit/>
- Pahud, O. (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)* (Obsan Bericht15/2019) Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Pauls, H. (2013). Das biopsychosoziale Modell – Herkunft und Aktualität Resonanzen. *E-Journal für Biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 1(1), 15–31. Verfügbar unter: <http://www.resonanzen-journal.org>
- Pauls, H. & Mühlum, A. (2024). Skizze der Entstehung und Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit mit biopsychosozialem Profil. In Sektion Klinische Sozialarbeit (Hrsg.), *Handbuch Klinische Sozialarbeit* (1. Aufl., S. 19-35). Weinheim: Beltz Juventa.
- Praxis für ambulante psychiatrische Pflege (2021). Verfügbar unter: <https://www.pfapp.ch>
- Rüegg, R. (2021). *Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis*. Bern: Berner Fachhochschule.
- Rüegg, R., Eiler, K., Schüpbach, F. & Gehrlach, C. (2022a). *Soziale Arbeit in der Arztpraxis. Forschungsbericht*. Bern: Berner Fachhochschule.

- Rüegg, R., Eiler, K., Schüpbach, F. & Gehrlach, C. (2022b). *Soziale Arbeit in der Arztpraxis. Grundlagen und Umsetzung*. Bern: Berner Fachhochschule.
- Rüegger, C. & Friedli T. (2023). Klinische Sozialarbeit. *Zeitschrift für psychosoziale Praxis und Forschung*. (4) Oktober. S.13
- SALUTOMED. Integrative Medizin (2024). Verfügbar unter: <https://salutomed.ch>
- Schaeffer, D., Ewers, M. & Hämel, K. (2015). *Versorgungsmodelle für ländliche und strukturschwache Regionen: Anregungen aus Finnland und Kanada*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Schiek, D. (2024). *Methoden der qualitativen Sozialforschung*. Bielefeld: Transcrit Verlag
- Schuler, D., Tuch, A., Sturny, I. & Peter, C. (2024). *Psychische Gesundheit. Kennzahlen 2022*. (Obsan Bulletin 11/2024). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (2017). *Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit. Studie im Auftrag der SAMV*. Basel: Swiss Academies Reports, 12 (2).
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften. (2020). *Charta 2.0 Interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen*. Zenodo. doi.org/10.5281/zenodo.3865147
- Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz. (2019). *Impulse für die Integrierte Versorgung in den Kantonen: Ein Leitfaden*. Verfügbar unter: https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/integrierte_versorgung/GDK_Leitfaden_DE_def.pdf
- Schweizerischer Fachverband für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit. (2024). *SA-GES-Leitbild*. Verfügbar unter: <https://www.sages.ch/leitbilder/leitbild-sages/>
- Sommerfeld, P., Dällenbach, R., Rüegger, C. & Hollenstein, L. (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie: Entwicklungslinien Einer Handlungstheoretischen Wissensbasis*. Wiesbaden: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-11617-0>
- Sozialberatungsbüro SoBü Bärn (n. d.). Verfügbar unter: <http://sbgg.ch/>
- Stadt Zürich. (2024). *Weisung des Stadtrats an den Gemeinderat: Motion von Dr. David Garcia Nuñez und Ezgi Akyol betreffend Pilotprojekt für das Ausstellen von "sozialen Rezepten" (GR Nr. 2024/189)*. Zürich: Stadt Zürich.
- Strübing, J., Hirschauer, S., Ayass, R., Krähnke, W. & Scheffer, T. (2018). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. Ein Diskussionsanstoss. *Zeitschrift für Soziologie*, 47(2), 83–100.
- TARMED (o. J.). *Nichtärztliche ambulante psychiatrische Leistungen in anerkannten Institutionen und Spitalabteilungen*. Verfügbar unter: <https://www.tarmed-browser.ch/de/kapitel/02.04-nichtarztliche-ambulante-psychiatrische-leistungen-in-anerkannten-institutionen-und-spitalabteilungen>
- UPD (o. J.). *Sozialdienst der Erwachsenenpsychiatrie*. Bern: Universitäre psychiatrische Dienste Bern. Verfügbar unter: <https://www.upd.ch/de/angebot/erwachsenenpsychiatrie/sozialdienst.php>
- Wegweiser für psychische Gesundheit Kanton Bern (n. d.). *Liste mit freien Behandlungsplätzen*. Verfügbar unter: <https://www.psy.ch/de/offres/liste-mit-freien-behandlungsplaetzen-therapieplaetzen-130-3.html>

Verzeichnis der eingesetzten KI-Tools

Töggli (2025). Transkription. <https://töggli.ch>

10. Anhang

Anhang A: Fragebogen Leitfadeninterviews mit den Psychiater:innen103

Anhang B: Kategoriensystem107

Anhang: C Einverständniserklärung108

Anhang A: Fragebogen Leitfadeninterviews mit den Psychiater:innen

Leitfadeninterview mit den Psychiater:innen

Informationen

Allgemeinen Angaben:

Datum:

Ort:

Dauer:

Geschlecht:

Anzahl Berufsjahre:

Standort und Grösse der Praxis:

Einleitend: Begrüssung, Einverständniserklärung Tonbandaufnahme, kurze Erklärung zum Thema

Einstiegsfrage:

1.	Ich habe Ihnen bereits im Vorfeld einen Kurzbeschrieb der Sozialen Arbeit in der Hausarztpraxis zugeschickt. Mich würde interessieren, ob Ihnen dieses Thema bisher schon begegnet ist, falls ja, in welchem Zusammenhang (Literatur, Austausch unter Berufskolleg:innen, Vortrag)? (Was halten Sie davon?)	
----	--	--

Hauptteil:

2.	Grundsätzliches	
----	------------------------	--

2.1	Hat es Situationen (mit den Patient:innen) gegeben, in denen Sie mit Sozialarbeiter:innen zusammengearbeitet haben? Wenn ja, wann und in welcher Form (mit dem Sozialdienst, mit der KESB, auf Wunsch von Patient:innen Eigeninitiative)?	
2.2	Wie haben Sie die Zusammenarbeit mit der Sozialen Arbeit bisher erlebt?	
2.3	An wen wenden Sie sich bei sozialen Problemen Ihrer Patient:innen, aktuell im Arbeitsalltag, zum Beispiel bei finanziellen Schwierigkeiten, Schulden, drohender Obdachlosigkeit?	
2.4	Können Sie sich vorstellen, mit Sozialarbeiter:innen direkt zusammenzuarbeiten? Falls ja: - Welche Gründe würden für eine Zusammenarbeit sprechen? - Welche Erwartungen hätten Sie an eine Zusammenarbeit? - Was dürfte nicht fehlen? Was wäre Ihnen wichtig? - Wo sehen sie Chancen? - Wo sehen Sie Stolpersteine in der Zusammenarbeit mit der Sozialarbeit? Falls nein: Was sind Gründe, welche für Sie dagegensprechen?	
3	Strukturell	
3.1	In der Schweiz gibt es bereits ein paar wenige Pilot-Modelle zur Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxen und Sozialer Arbeit. Dabei sind zwei Grundmodelle sichtbar: Es gibt Hausarztpraxen, in denen die	

	Sozialarbeiter:innen direkt in der Praxis arbeiten und es gibt Hausarztpraxen, welche ihre Patient:innen jeweils an externe Sozialarbeiter:innen überweisen. Welcher Ansatz spricht sie eher an und was wäre für sie in der Umsetzung realistischer?	
4	Finanzierung	
4.1	Es gibt verschiedene Finanzierungsmodelle. Welches wäre für sie realistisch und umsetzbar? (kurze Erläuterungen der Finanzierungen)?	
4.2	Haben Sie einen anderen Vorschlag, wie die Finanzierung geprüft werden könnte bzw. wie die Soziale Arbeit in ihrer Praxis finanziert werden könnte?	
5	Personell	
5.1	Gehen Sie davon aus, dass Ihre Patient:innen bereit wären, sich auf die Unterstützung der Sozialarbeiter:innen einzulassen?	
5.2	Glauben Sie, dass die Terminwahrnehmung besser funktionieren würde, wenn sie innerhalb der Praxis stattfinden würde oder wenn Sie über eine Überweisung ausserhalb der Praxis stattfände?	
6	Zugänglichkeit und Unterstützungsbedarf/Bereich	
6.1	Bei welchen Problemstellungen ihrer Patient:innen könnte die Soziale Arbeit unterstützend sein und auch Sie entlasten? Haben sie konkrete Vorschläge oder Ideen, in welchen Bereichen die Soziale Arbeit nützlich wäre?	
6.1	Ich werden Ihnen nun jeweils einen Punkt nennen und wäre froh, wenn Sie mir spontan sagen könnten, was Ihnen dazu einfällt: - Soziale Beratung - Psychosoziale Beratung - Gesundheitsmanagement - Netzwerkarbeit	

7	Persönlich/subjektiv	
7.1	Hypothetische Frage: Wenn Sie sich vorstellen, sie würden seit einem Jahr mit der Sozialen Arbeit zusammenarbeiten (intern oder extern), wie würde die Situation im besten Fall und wie im schlechtesten Fall aussehen?	

Abschliessende Fragen

8.	Abschluss	
8.1	Haben Sie schon etwas von «sozialen Rezepten» gehört? Wenn ja, was halten Sie davon?	
8.2	Gibt es etwas, das noch nicht gesagt wurde und das Ihnen im Zusammenhang mit dem Thema wichtig ist?	

Rückblick

Danksagung für die Zeit und das Interview

Ausblick

Informationsweitergabe über Handhabung und weiteres Vorgehen mit dem Interview.

Postscript/Memo (eigene Wahrnehmung und Eindrücke, Gefühle, Körpersprache, Besonderes,)

Anhang B: Kategoriensystem



Anhang: C Einverständniserklärung

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften



Soziale Arbeit

Persönliche Erklärung Einzelarbeit

Erklärung des/der Studierenden zur Master-Thesis

Studierende/r: Bitterli Tara

Master-Thesis: **Soziale Arbeit in der psychiatrischen Praxis**

Eine qualitative Untersuchung, wie Sozialarbeit in der psychiatrischen Praxis eingesetzt werden kann

Abgabe:

18. Juni 2025

Begleitperson: Dr. Werner Karin

Ich, obgenannte Studierende / obgenannter Studierender, habe die obgenannte Master-Thesis selbstständig verfasst.

Wo ich in der Master-Thesis aus Literatur oder Dokumenten *zitiere*, habe ich dies als Zitat kenntlich gemacht. Wo ich auf einen von anderen Autoren oder Autorinnen verfassten Text *referiere*, habe ich dies reglementskonform angegeben.

Ort, Datum: Unterschrift:

Bern, 18. Juni 2025

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'T. Bitterli', written in a cursive style.