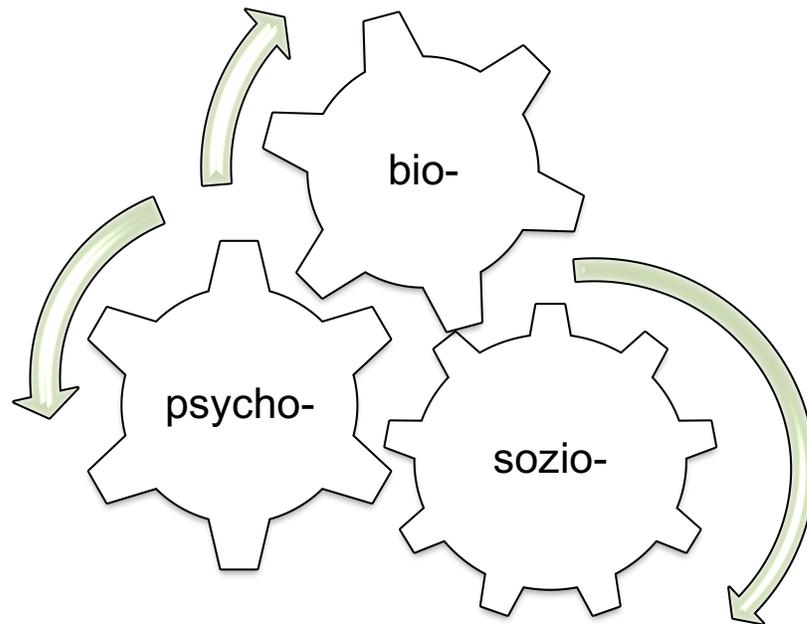


**Eine 'integrative psychosoziale Beratung' in Schweizer
Hausarztpraxen
Eine empirische Analyse**



Anna Bachofner und Lucia Fahrni

Thesis zum Erwerb des Titels

Bachelor of Science in Soziale Arbeit

Berner Fachhochschule

Departement Soziale Arbeit

Abstract

Mit dem umfassenden Gesundheitsverständnis der WHO, einer salutogenetischen Perspektive und dem bekannten biopsychosozialen Modell von Engels wird eine ganzheitliche, nicht nur auf Krankheit und den Körper bezogene Sichtweise auf das Thema Gesundheit eingenommen. Vielfältige Erkenntnisse aus westlichen Ländern zeigen einen Zusammenhang zwischen somatischen Leiden und psychosozialen Belastungen auf. Die Integration von Sozialarbeitenden als Expertinnen und Experten für die psychosoziale Dimension von Krankheit wird dabei positiv hervorgehoben. Es stellt sich somit auch für die Schweiz die Frage, ob es sinnvoll wäre, eine psychosoziale Beratung in der medizinischen Grundversorgung und insbesondere in Hausarztpraxen, welche als erste ambulante Anlaufstelle für medizinische und psychosoziale Anliegen fungieren, zu integrieren. Die vorliegende Arbeit geht deshalb mittels eines gemischten Methodenansatzes der Forschungsfrage nach, inwiefern eine 'integrative psychosoziale Beratung' in Schweizer Hausarztpraxen zu einer ganzheitlichen Behandlung beitragen kann. Im Studien-Review wird aufgezeigt, dass die Prävalenz von psychosozialen Problemen in der medizinischen Grundversorgung hoch ist und die Zusammenarbeit mit Professionellen der Sozialen Arbeit einen Mehrwert für die Gesundheit der Patientinnen und Patienten und das Gesundheitssystem im Allgemeinen darstellt. Dabei ist es wichtig, medizinisches Fachpersonal sowie die Öffentlichkeit über das Studium und die Kompetenzen von Sozialarbeitenden zu informieren und aufzuklären, um realistische Erwartungen an Sozialarbeitende generieren zu können. Eine schriftliche Befragung von Berner Hausarztpraxen sollte schliesslich überprüfen, inwiefern diese Erkenntnisse auf das hiesige Hausarztmodell transponierbar sind. Die Auswertung der Befragung lässt darauf schliessen, dass die Prävalenz psychosozialer Probleme auch in Berner Praxen divers und hoch ist und eine 'integrative psychosoziale Beratung' zu einer ganzheitlichen Behandlung beitragen könnte. Ausserdem zeigte sich, dass bisweilen in der ambulanten medizinischen Grundversorgung keine weit verbreitete institutionelle und interne Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden besteht. Damit ein alternativer, ganzheitlicher Behandlungsansatz zur von den Befragten erwarteten Entlastung führt und eine mehrdimensionale Behandlung gelingen kann, muss die professionelle Identität der Sozialarbeitenden gestärkt werden und die interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe geschehen.

**Eine 'integrative psychosoziale Beratung' in Schweizer
Hausarztpraxen
Eine empirische Analyse**

Thesis zum Erwerb des Titels
Bachelor of Science in Soziale Arbeit

Berner Fachhochschule
Soziale Arbeit

Vorgelegt von
Anna Bachofner und Lucia Fahrni
Bern, Dezember 2019

Gutachterin: Prof. Dr. Shirin Sotoudeh

Inhaltsverzeichnis

1 Thematik	1
1.1 Problemstellung	1
1.2 Bezug zur Sozialen Arbeit	3
1.3 Ableitung der Fragestellung	4
1.4 Vorgehen zur Bearbeitung der Fragestellung	6
2 Allgemeine Grundlagen	9
2.1 Historischer Abriss: Soziale Arbeit im Gesundheitswesen & klinische Sozialarbeit	9
2.2 Klinische Sozialarbeit & Soziale Arbeit im Gesundheitswesen heute	10
2.3 Begriffsklärungen	11
2.3.1 Definition psychosoziale Probleme	11
2.3.2 Definition Beratung	12
2.3.3 Definition psychosoziale Beratung	13
2.3.4 Definition Psychotherapie und Abgrenzung	13
2.3.5 Case Management	14
2.3.6 Definition 'integrative psychosoziale Beratung'	15
2.3.7 Definition ganzheitliche Behandlung	16
3 Institutioneller Rahmen	17
3.1 Das Schweizerische Gesundheitswesen und das Hausarztmodell	17
3.2 Aktuelle Herausforderungen in Medizin & Gesundheitswesen	17
3.2.1 Multimorbidität	18
3.2.2 Kostenentwicklung im Gesundheitswesen	19
4 Theoretischer Rahmen	21
4.1 Psychosoziale Dimension von Gesundheit	21
4.1.1 Biopsychosoziales Gesundheits- und Krankheitsmodell	22
4.1.2 Kritische Würdigung des biopsychosozialen Modells	24
4.1.3 Salutogenese: Ein neuer Blick auf die Gesundheit	25
4.2 Interprofessionalität, Bildung und professionelle Identität	27
4.2.1 Interprofessional Collaboration (IPC)	27
4.2.2 Interprofessional Education (IPE)	28

4.2.3 Professionelle Identität und Studium der Sozialen Arbeit	28
5 Forschungsmethodik	31
5.1 Empirischer Teil I: Studien-Review	31
5.2 Empirischer Teil II: Quantitative Befragung	33
5.3 Evaluation der Methodik	39
5.3.1 Studien-Review	39
5.3.2 Quantitative Befragung	40
6 Auswertung der Resultate: empirische Teile I & II	42
6.1 Resultate Studien-Review	42
6.1.4 Resultate: Kompetenzen & Mehrwert aus der Sozialen Arbeit	52
6.1.5 Resultate: Auswirkungen sozialarbeiterischer Interventionen	54
6.1.6 Resultate: IPC – Herausforderungen und Voraussetzungen	56
6.2 Zwischenfazit: Studien-Review des internationalen Forschungsstands	59
6.3 Resultate quantitative Befragung	62
6.3.1 Deskriptive Statistik	63
6.3.2 Statistische Analyse	72
7 Diskussion & Interpretation der Resultate	75
7.1 Prävalenz & Mitbehandlung von psychosozialen Problemen in Hausarztpraxen	75
7.2 Bedarf einer ‘integrativen psychosozialen Beratung’	80
7.3 Mehrwert der Sozialen Arbeit in Bezug auf eine ganzheitliche Behandlung	82
7.4 Voraussetzungen für eine gelingende ‘integrative psychosoziale Beratung’	85
7.5 Kritische Würdigung und Ausblick	88
8 Fazit	92
9 Literatur- und Quellenverzeichnis	95
10 Anhang	103

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Lage der Praxis	64
Abbildung 2: Land / Ort Staatsexamen Teilnehmende.....	64
Abbildung 3: Art der psychosozialen Probleme.....	65
Abbildung 4: Prävalenz psychosozialer Probleme in Hausarztpraxen	66
Abbildung 6: Behandlung durch Fachpersonen der Disziplin Soziale Arbeit	68
Abbildung 5: Behandlung psychosozialer Probleme durch Hausärztinnen und Hausärzte	67
Abbildung 7: Zusammenarbeit mit anderen Fach- und Beratungsstellen	69
Abbildung 8: Interdisziplinäres Modell als Entlastungsfaktor	70
Abbildung 9: Beitrag interdisziplinäres Modell zu ganzheitlicher Behandlung	70

1 Thematik

Untenstehend wird auf die Problemstellung der vorliegenden Bachelor-Thesis und auf den Bezug zur Sozialen Arbeit eingegangen. In den Kapiteln 1.3 und 1.4 wird ausserdem die Forschungsfrage sowie das Vorgehen zur Beantwortung der Fragestellung thematisiert.

1.1 Problemstellung

Durch die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) wurde in den 1980er Jahren ein neues Gesundheitsverständnis, das Gesundheit als "Ergebnis komplexer Interaktionen zwischen Lebensbedingungen, Lebenswelten und handelnden Menschen" sieht, festgehalten (Ruckstuhl, 2016, S. 24). Innerhalb dieses Verständnisses werden in der Charta "Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit" als "grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit" (WHO, 1986) berücksichtigt und auf diese Weise wird eine ganzheitliche, nicht nur auf Krankheit und den Körper bezogene, Sichtweise auf das Thema Gesundheit eingenommen. Bereits 1946 wurde von der WHO das "soziale Wohlergehen" neben demjenigen des Körpers und des Geistes, beziehungsweise der Psyche als Teil von Gesundheit mitberücksichtigt (WHO, 1946,

S. 1). Auch die Perspektive des biopsychosozialen Modells geht von der Annahme aus, dass biologische, psychologische und soziale Prozesse integral und interaktiv an körperlicher Gesundheit und Krankheit beteiligt sind (Suls & Rothman, 2004, S. 119). Laut Engel (1977, S. 132), der als Begründer des biopsychosozialen Modells gilt, ist es wichtig, um einen Krankheitszustand zu begreifen, sowohl die Patientin oder den Patienten¹, wie auch ihre oder seine Lebensbedingungen und gesellschaftlichen Einflüsse mit in die Diagnose einzubeziehen. Gerade im Kontext von Hausarztpraxen zeigt sich, dass sich psychosoziale Schwierigkeiten auf das gesundheitliche Wohlbefinden von Patientinnen und Patienten auswirken. Jobst & Joos (2016, S. 496 - 497) betonen, dass soziale Probleme, begleitend mit somatischen oder psychischen Symptomen, zu Hausarzt-Konsultationen führen können. Laut ihrer Studie in deutschen Hausarztpraxen werden circa ein Drittel der befragten Hausärztinnen und -ärzte häufig in ihrer Arbeit mit psychosozialen Problemlagen konfrontiert (S. 501). Obwohl langjährige

¹ Aufgrund des medizinischen Kontextes und aus Gründen der Vereinheitlichung wird in der vorliegenden Bachelor-Thesis überwiegend von Patientinnen und Patienten gesprochen. Die Autorinnen fassen jedoch auch Klientinnen und Klienten der Sozialen Arbeit unter diese Begrifflichkeit und orientieren sich in ihrem Selbstverständnis an der Klientenorientierung der Sozialen Arbeit.

Hausärztinnen und Hausärzte solche ihnen anvertraute Anliegen nach ihrem Selbstverständnis in ihren Konsultationen mitberücksichtigen, reichen laut Jobst & Joos medizinische Massnahmen alleine nicht oder kaum aus, um soziale Probleme zu lösen (S. 496). Beispiele aus anderen, westlich geprägten Ländern zeigen zudem auf, dass multidisziplinäre Teams in der medizinischen Gesundheitsversorgung eine Möglichkeit darstellen, um die psychosoziale Dimension von Gesundheit und Krankheit mitzubehandeln (González-Ramos et al., 2019; Lahey et al., 2019; Magnée et al., 2016; Reckrey et al., 2014; Xiang et al., 2019). Gerade in den USA stellt die klinische Soziale Arbeit eine wichtige Profession für die Behandlung psychosozialer Probleme dar (Stanhope, Videka, Thorning & McKay, 2015; Pauls, 2013). In der Schweiz hingegen fehlen momentan noch ähnliche Angebote, gerade in der ambulanten medizinischen Grundversorgung und insbesondere in den Hausarztpraxen.

Die Berücksichtigung der psychosozialen Dimension von Gesundheit für eine ganzheitliche Behandlung von gesundheitlichen Beschwerden empfinden wir als wichtig. Auf das Gesundheits- und Krankheitsverständnis der WHO gestützt, als Grundlage für eine den sozialen Gegebenheiten und Lebensbedingungen der Patientinnen und Patienten angepassten Behandlung ableiten, soll der Fokus dieser Bachelorarbeit deshalb genauer auf die Prävalenz psychosozialer Probleme in Schweizer Hausarztpraxen sowie auf den Bedarf eines interdisziplinären Behandlungsmodells mit dem Ziel einer ganzheitlichen Behandlung in Schweizer Hausarztpraxen gelegt werden. Dabei stellen einerseits aktuelle Herausforderungen in der Medizin und im Gesundheitswesen, wie die zunehmende Multimorbidität sowie chronische und psychische Erkrankungen als neuzeitliches² Phänomen, aber auch steigende Gesundheitskosten, ein wichtiges Argument für die Mitbehandlung psychosozialer Problemlagen dar. Andererseits baut die vorliegende Bachelor-Thesis auf theoretischen Modellen, wie dem des biopsychosozialen Gesundheits- und Krankheitsmodells nach Engel (1977), welches bis heute seine Relevanz beibehält (vgl. Adler, 2009), sowie auf demjenigen der Salutogenese (Antonovsky, 1997) auf. Die Salutogenese legt ihren Fokus auf die Aufrechterhaltung von Gesundheit trotz allgegenwärtiger Stressoren und ermöglicht den Blick weg von einer Gegenüberstellung von Gesundheit und Krankheit hin zu einem Kontinuum zu richten (Dollinger, 2006, S. 178 - 179; Pauls, 2013, S. 102 - 103). Hauptteil der Bachelor-Thesis soll das Modell einer 'integrativen psychosozialen Beratung' in Schweizer Hausarztpraxen sein. Es wird die These vertreten, dass dieses Modell eine Möglichkeit bietet für die Umsetzung einer

² Der Begriff *neuzeitlich* wird in diesem Kontext als Synonym für *modern* verwendet (Duden, 2019). Es wird also auf Phänomene der Moderne Bezug genommen.

ganzheitlichen Behandlung, die nebst somatischen Symptomen auch die Lebensbedingungen und die soziale Umwelt von Klientinnen und Klienten in den Blick nimmt.

1.2 Bezug zur Sozialen Arbeit

Bei verschiedensten gesundheitlichen Problemen wenden sich Menschen im Schweizer Gesundheitssystem, aber auch in anderen westlichen Ländern, oft als Erstes an ihre Hausärztin oder ihren Hausarzt. Diese medizinischen Fachpersonen entwickeln sich oft über die Jahre hinweg zu Vertrauenspersonen für Patientinnen und Patienten sowie für deren Familien (Loisl & Puchner, 2005, S. 30). Gemäss Grieb, Rüegg & Gehrlach (2019, S. 24) haben medizinische Fachpersonen und Sozialarbeitende ähnliche Ziele, die sie für ihr Klientel verfolgen. Zu nennen sind dabei beispielsweise eine bessere Bewältigung des Alltags oder die Förderung des Wohlbefindens. Nichtsdestotrotz scheint die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen gemäss Grieb et al. (2019) als gleichgestellte Domäne bisher mehr toleriert als anerkannt zu werden. Dennoch konnte sich in der Schweiz die Soziale Arbeit in gewissen Gesundheitsbereichen bereits etablieren. Hausarztpraxen jedoch gehören bis jetzt noch nicht dazu (S. 24). Dadurch, dass Hausärztinnen und -ärzte in ihrer Arbeit mit sozialen Problemen von Patientinnen und Patienten konfrontiert werden und als wichtige Vertrauenspersonen agieren, wäre laut Grieb et al. (2019, S. 27) jedoch ein grosses Potenzial vorhanden, soziale Probleme frühzeitig zu erkennen und zu delegieren. Somit wäre eine 'integrative psychosoziale Beratung' in Praxen durchaus in der Lage, soziale Probleme zu erkennen und zu bearbeiten und auf diese Weise dem biopsychosozialen Modell entsprechend, einer ganzheitlichen Behandlung gerecht zu werden. Eine Erhebung in deutschen Hausarztpraxen konnte zudem aufzeigen, dass soziale Patienten Anliegen häufig im Rahmen der hausärztlichen Konsultation zum Vorschein kommen (Jobst & Joos, 2014, S. 497). Für die Schweiz liegen aktuell keine solchen Studien zur Erhebung psychosozialer Probleme in Hausarztpraxen vor. Die Autorinnen der vorliegenden Bachelor-Thesis nehmen jedoch an, dass auch in Schweizer Hausarztpraxen eine hohe Prävalenz an psychosozialen Problemlagen vorliegt. Dies soll im Laufe der Bachelorarbeit zudem weiter untersucht werden.

Ein weiterer, nicht zu unterschätzender Faktor im Gesundheitswesen ist laut Moreau-Gruet auch die zunehmende Multimorbidität bei der Bevölkerung. Diese stellt eine grosse neuzeitliche Herausforderung für das Schweizerische Gesundheitssystem und die Behandlung von Patientinnen und Patienten dar. Multimorbidität tritt insbesondere bei Personen ab 50 Jahren auf. Es liegt ein enger Zusammenhang zwischen soziodemographischen Faktoren und Multimorbidität vor (Moreau-Gruet, 2013, S. 4). Geht man nun von einer sowohl

salutogenetischen als auch biopsychosozialen Perspektive aus, erscheint uns die integrative Mitbehandlung soziodemographischer Faktoren als Teil von psychosozialen Problemen besonders zeitgemäss und wichtig. So wird auch in internationalen Studien immer wieder auf die Zusammenhänge von besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen sowie Menschen mit Mehrfachbelastungen und einer verminderten Gesundheit, beziehungsweise erhöhten Ko- und Multimorbidität, eingegangen (vgl. McGregor, Mercer & Harris, 2018; Xiang, Zuverink, Rosenberg & Mahmoudi, 2019).

1.3 Ableitung der Fragestellung

Da in der Schweiz die Sozialberatung nicht Teil der ambulanten medizinischen Grundversorgung ist und somit auch nicht in Hausarztpraxen integriert ist, gibt es nur vereinzelte Pilotprojekte, welche eine interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie Sozialarbeitenden für die Umsetzung einer ganzheitlichen Behandlung nutzen. Eine solche Praxis mit Pioniercharakter in der Schweiz befindet sich in Zollikofen unter dem Praxisnamen Salutomed (Grieb et al., 2019, S. 24 - 26). Aufgrund von fehlendem Fachwissen zu psychosozialen Problemen von Seiten der Ärzteschaft, werden dort diese Probleme nun von Sozialarbeitenden bearbeitet. Dieses Praxismodell entstand aufgrund einer unbefriedigenden vorangehenden Zusammenarbeit mit den sozialen Diensten der Gemeinde (S. 26). Eine solche oben beschriebene multidisziplinäre Zusammenarbeit in der Hausarztpraxis ermöglicht laut Grieb et al. eine niederschwellige Überweisung zu den internen Sozialarbeitenden und eine zeitliche Entlastung der Hausärztinnen und -ärzte in der Praxis sowie eine ganzheitliche Behandlung, die den ganzen Menschen berücksichtigt (S. 26 - 27). Auch im Ausland gibt es, wie eingangs erwähnt, in diversen westlich geprägten Ländern bereits seit längerer Zeit eine in die Grundversorgung integrierte Soziale Arbeit. Basierend auf vielfältigen Erkenntnissen aus verschiedenen westlichen Ländern über den Zusammenhang zwischen somatischen Leiden und psychosozialen Belastungen stellt sich auch für die Schweiz die Frage, ob es sinnvoll wäre, die Sozialberatung in Hausarztpraxen zu integrieren (vgl. Bikson et al., 2009; Joos & Jobst, 2014; Vedsted et al., 2004; Zimmermann et al., 2018).

Somit erachten es die Autorinnen der vorliegenden Bachelor-Thesis aufgrund der positiven Auswirkungen des Pionierprojekts der Praxis Salutomed, des in der Problemstellung beschriebenen ganzheitlichen Gesundheitsverständnis der WHO, der fehlenden Sozialberatung in Schweizer Hausarztpraxen und in der ambulanten Grundversorgung, aber auch wegen der immer höheren Multimorbidität als wachsende und grosse Herausforderung im Schweizer Gesundheitswesen, als sinnvoll, die Möglichkeit, den Nutzen und den Bedarf eines

interdisziplinären Hausarztmodells mit einer 'integrativen psychosozialen Beratung' in Hausarztpraxen zu untersuchen. Im Rahmen der vorliegenden Bachelor-Thesis wird somit folgender Fragestellung nachgegangen:

„Inwiefern kann eine 'integrative psychosoziale Beratung' in Schweizer Hausarztpraxen zu einer ganzheitlichen Behandlung beitragen?“

Der Begriff der 'integrativen psychosozialen Beratung' verweist dabei auf ein eigenes Konzept, in dem eine psychosoziale Beratung durch Sozialarbeitende als integraler Bestandteil einer ganzheitlichen Behandlung in Hausarztpraxen im Rahmen einer interprofessionellen Zusammenarbeit angeboten wird. Das Konzept bezieht sich daher nicht zwingend auf die räumliche Organisation der Beratung, sondern vielmehr auf die Integration von Sozialarbeit in Form einer psychosozialen Beratung in Schweizer Hausarztpraxen. Die Fragestellung begrenzt sich absichtlich auf Hausarztpraxen, da diese einem breiten Teil der Bevölkerung offen stehen und als erste Anlaufstelle eine frühere Intervention und Prävention, respektive Mitbehandlung psychosozialer Probleme ermöglicht als bei Spezialisten.

Unser Erkenntnisinteresse gründet darauf zu untersuchen, ob und inwiefern durch eine 'integrative psychosoziale Beratung' in Schweizer Hausarztpraxen eine ganzheitliche Behandlung bei Patientinnen und Patienten erzielt werden kann. Der Untersuchungsgegenstand der vorliegenden Bachelor-Thesis stützt sich auf den theoretischen Hintergrund des biopsychosozialen Gesundheitsmodells nach Dr. med. Engel (1977) sowie auf das Modell der Salutogenese (Antonovsky, 1997). Eine ganzheitliche Behandlung wird als Behandlung verstanden, die nicht nur körperliche Symptome behandelt, sondern den ganzen Menschen samt seiner psychischen Befindlichkeit und seiner sozialen Situation in den Blick nimmt und diese Faktoren in die Behandlung von Krankheit und Förderung von Gesundheit mit einbezieht. Basierend auf diesem Verständnis soll untersucht und aufgezeigt werden, inwiefern interprofessionell behandelnde Hausarztpraxen mit Ärztinnen und Ärzten sowie Sozialarbeitenden im Schweizer Gesundheitswesen von Bedarf sind und inwiefern diese zukünftig zu ganzheitlichen Behandlungen führen können. Dabei soll nach unserem Verständnis die Soziale Arbeit innerhalb des multidisziplinären Teams zukünftig als Expertinnen-Disziplin für psychosoziale Probleme agieren. Es erscheint aus wissenschaftlicher Sicht als legitim, im Rahmen der Fragestellung nachzugehen, wie sich die Prävalenz psychosozialer Probleme in Schweizer Hausarztpraxen zeigt und wie diese psychosozialen Probleme im Rahmen einer 'integrativen psychosozialen Beratung' behandelt werden können. Da eine 'integrative psychosoziale Beratung' nach Verständnis der Autorinnen nur im Rahmen einer interprofessionellen Zusammenarbeit gelingen kann, soll für die Beantwortung der

Forschungsfrage zudem untersucht werden, wie der Bedarf einer 'integrativen psychosozialen Beratung' von Hausärztinnen und -ärzten eingeschätzt wird und welche Voraussetzungen für eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit gegeben sein müssen. Selbstverständlich soll auch der Mehrwert der Sozialen Arbeit in Bezug auf die Umsetzung einer ganzheitlichen Behandlung thematisiert werden. Aus diesem Grund sollen folgende Unterfragen als Orientierung für die Beantwortung der Forschungsfrage dienen:

- a) Wie hoch ist die Prävalenz von psychosozialen Problemen in Schweizer Hausarztpraxen und wie werden diese behandelt?
- b) Wie wird der Bedarf einer 'integrativen psychosozialen Beratung' aus der Sicht von Berner Hausärztinnen und -ärzten bewertet?
- c) Welchen Mehrwert in Bezug auf eine ganzheitliche Behandlung kann die Soziale Arbeit innerhalb einer interdisziplinären Hausarztpraxis erbringen?
- d) Welche Voraussetzungen für eine gelingende 'integrative psychosoziale Beratung' braucht es?

1.4 Vorgehen zur Bearbeitung der Fragestellung

In einem ersten Schritt sollen sowohl der institutionelle sowie der theoretische Rahmen, in dem die Fragestellung der Bachelor-Thesis zu verorten ist, in seinen Grundzügen erarbeitet werden. Eine kurze Einführung in die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen soll das untersuchte Arbeitsfeld der Klinischen Sozialarbeit in der medizinischen Grundversorgung beschreiben. Anschliessend werden mit der Fragestellung zusammenhängende Strukturen des Schweizer Gesundheitswesens sowie dessen aktuelle Herausforderungen erläutert. Anhand der Beispiele der Multimorbidität und der steigenden Gesundheitskosten im Schweizer Gesundheitswesen wird die Bedeutung einer 'integrativen psychosozialen Beratung' in Schweizer Hausarztpraxen zusätzlich erläutert. Der theoretische Rahmen setzt sich aus den folgenden Modellen zusammen: dem biopsychosozialen Gesundheits- und Krankheitsmodell, dem Gesundheitsverständnis der WHO und der Salutogenese. Der zweite Theorieteil beschäftigt sich mit den Konzepten der interprofessionellen Zusammenarbeit (Interprofessional Collaboration & Interprofessional Education) und der professionellen Identität.

Ein Hauptteil der Bachelor-Thesis zur Beantwortung der Fragestellung, inwiefern eine psychosoziale Beratung in der Grundversorgung und insbesondere in Hausarztpraxen zu einer ganzheitlichen Behandlung beitragen kann, wird erarbeitet, indem Erkenntnisse aus der internationalen Forschung zur medizinischen Grundversorgung und der Prävalenz und Behandlung von psychosozialen Problemen zusammengetragen werden. Dies geschieht mit

einem ersten empirischen Teil, wobei im Rahmen eines Studien-Reviews Erkenntnisse aus verschiedenen, westlich geprägten Ländern aufgearbeitet und miteinander verglichen werden. Somit soll am Beispiel von internationalen Studien herausgefunden werden, inwiefern eine 'integrative psychosoziale Beratung' die Mitbehandlung der psychosozialen Dimension von Gesundheit und Krankheit in der medizinischen Grundversorgung aufgreifen und im Rahmen der ambulanten Behandlung am Beispiel des Hausarztmodells bearbeiten kann. Der Fokus wird auf Hausarztpraxen gesetzt, zumal diese in der Regel die erste Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten sind und somit bei Bedarf früh interveniert werden kann. Andererseits ist in ambulanten Bereichen der medizinischen Grundversorgung - bis auf einige Ausnahmen mit Pilotcharakter - bis heute keine Sozialberatung bekannt (Grieb et al., 2019, S. 24). Da die aufgearbeiteten Daten aus westlichen Ländern mit, zwar nicht identischen, jedoch ähnlichen gesellschaftlichen sowie gesundheitspolitischen Strukturen stammen, gehen wir zunächst davon aus, dass die Resultate mehrheitlich auch auf die Schweiz transponiert werden können. Die Transponierbarkeit der Resultate wird zudem in der Diskussion weiter vertieft und den Resultaten der quantitativen Befragung, des zweiten empirischen Teils, gegenübergestellt.

Im zweiten empirischen Teil soll untersucht werden, mit welcher Prävalenz psychosoziale Probleme in Schweizer Hausarztpraxen im Kanton Bern vorkommen, wie diese durch Hausärztinnen und -ärzte mitbehandelt werden und inwiefern eine interdisziplinäre Hausarztpraxis mit medizinischem Fachpersonal und Sozialarbeitenden erwünscht ist. Der empirische Teil der Bachelorarbeit besteht also aus den folgenden zwei Teilen:

- **Review internationaler Studien und wissenschaftlicher Journals:** Prävalenz psychosozialer Probleme und deren Behandlung durch qualifizierte Fachpersonen der Sozialen Arbeit in der medizinischen Grundversorgung
- **Quantitative Befragung in Berner Hausarztpraxen:** in verschiedenen Hausarztpraxen soll ermittelt werden, ob die dort tätigen Ärztinnen und Ärzte mit psychosozialen Problemen konfrontiert werden, wie deren Umgang damit ist und ob diese einen Nutzen, respektive eine Entlastung durch eine interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden bejahen würden.

Während das Studien-Review einen umfangreichen Referenzrahmen zur Beantwortung der Fragestellung anhand internationaler Forschungsergebnisse bildet, versucht die quantitative Befragung die Forschungslücke zu psychosozialen Problemen und deren Behandlung in der schweizerischen ambulanten Grundversorgung im möglichen Rahmen einer Bachelor-Thesis zu füllen. Es handelt sich um ein sogenanntes sequentielles "Mixed Methods" Forschungsdesign (Kelle, 2014, S. 161). Die Methodenkombination aus qualitativer und quantitativer

Sozialforschung ermöglicht eine Triangulation der Ergebnisse. Das heisst, es werden in einem ersten Schritt Ergebnisse mittels einer qualitativen Forschungsmethode gesammelt. In einem zweiten Schritt wird durch die Befragung eine quantitative Methode angewandt. Dieses sequentielle Vorgehen erlaubt, mittels Triangulation der Ergebnisse die Erkenntnisse aus dem ersten Schritt zu validieren. Dabei können die Ergebnisse aus beiden Teilen entweder konvergent, divergent oder komplementär erscheinen (Kelle, 2014, S. 157). Im Rahmen der Diskussion in Kapitel 7 werden die Resultate aus dieser Triangulation schliesslich eingehend evaluiert und interpretiert.

2 Allgemeine Grundlagen

Im Kapitel 2.1 und 2.2 wird auf die historische Entwicklung und Gegenwart der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen wie auch auf die klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit eingegangen. Im Kapitel 2.3 werden für die Fragestellung relevante Begriffe erläutert und definiert.

2.1 Historischer Abriss: Soziale Arbeit im Gesundheitswesen & klinische Sozialarbeit

Bereits zu Beginn der Entstehung der modernen Sozialen Arbeit war der Zusammenhang zwischen sozialen und gesundheitlichen Problemen, zum Beispiel in der Sozialhygiene Mitte des 19. Jahrhunderts, bekannt. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurde die Gesundheitsfürsorge neben der Armen- und Jugendfürsorge als eigenständiges Handlungsfeld der Sozialen Arbeit betrachtet und gehörte beispielsweise auch für Alice Salomon zur Wohlfahrtspflege dazu (Homfeldt & Sting, 2005, S.41). Zudem können die sogenannten "Fürsorgerinnen" im Krankenhaus als eine der ersten Fachkräfte der Sozialen Arbeit "im Gesundheitswesen" angesehen werden (Waller, 2006, S. 76). Dennoch zeigt sich bis heute ein ambivalentes Verhältnis zwischen der Sozialen Arbeit und Gesundheit. Trotz der bestehenden Zusammenhänge zwischen sozialen Bedingungen und Gesundheit wird die Soziale Arbeit im wissenschaftlichen, wie öffentlichen und politischen Diskurs oft übersehen. Auf der anderen Seite lassen sich auf der Ebene von Fachhochschulen Bemühungen erkennen, eine behandlungsbezogene Fachsozialarbeit zu entwickeln. Der Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit gilt als Beispiel dafür (Homfeldt & Sting, 2005, S. 41). In Deutschland wird beispielsweise seit 2001 ein erster solcher Masterstudiengang an der Hochschule Coburg, heute in Kooperation mit der Alice-Salomon Hochschule, angeboten (Pauls, 2013, S. 12). In der Schweiz lässt sich zudem an der Fachhochschule Nordwestschweiz in Olten ein Master of Advanced Studies (MAS) in Klinischer Sozialarbeit abschliessen (S. 13).

Dabei stammt die klinische Sozialarbeit ursprünglich aus den USA und hat ihre methodischen Wurzeln im *casework* in den 1920er Jahren. Die klinische Sozialarbeit wurde sowohl von Mary Richmond und dem Person-in-der-Umgebung-Ansatz³ (*person-in-environment*) als auch der "funktionalen" Schule des *social casework* (z.B. Virginia Robinson - "A Changing Psychology of Social Work") geprägt (Pauls, 2013, S. 13). 1971 wurde schliesslich die Berufsvereinigung National Federation of Societies of Clinical Social Work (NFSCSW), heute als Clinical Social

³ Der *person-in-environment* Ansatz erfasst die sozialen Rollen und sozialen Probleme von Klientinnen und Klienten und bildet ein Klassifikationssystem für soziale Funktionsstörungen. Das Klassifikationssystem bezieht sowohl Rollen- und Umgebungsprobleme von Klientinnen und Klienten wie auch psychische und physische Erkrankungen in die Diagnose mit ein und soll ein biopsychosoziales Assessment (eine Einschätzung) fürs Case Management ermöglichen (Alder, 1998, S. 161).

Work Association (CSWA) bekannt, gegründet und rund sieben Jahre später wurde die Klinische Sozialarbeit durch die National Association of Social Work als eigene spezialisierte Profession anerkannt (S. 14). Aufgrund der Berufsvereinigung und ihrer berufspolitischen Aktivitäten sind Richtlinien und Standards zur Ausbildung und Praxis für klinische Sozialarbeitende festgelegt worden. Auch wird die Forschung zur Klinischen Sozialarbeit von der CSWA gefördert (S. 14). Es kann also gesagt werden, dass die klinische Sozialarbeit in den USA auch berufspolitisch verankert ist, währenddem diese in der Schweiz im Gesundheitswesen noch um gesellschaftliche Anerkennung und berufspolitische Etablierung ringt.

2.2 Klinische Sozialarbeit & Soziale Arbeit im Gesundheitswesen heute

Laut Waller (2006, S. 76) findet Sozialarbeit im Gesundheitswesen vorwiegend in Krankenhäusern, psychiatrischen Einrichtungen und weiteren Institutionen des Gesundheitswesens statt. Laut Grieb et al. (2019, S. 24) ist die Soziale Arbeit in der Schweizer Grundversorgung jedoch kaum verankert. Obwohl sie in gewissen Bereichen Fuss fassen konnte, stellt Soziale Arbeit in der ambulanten Grundversorgung, wie den Hausarztpraxen, eine Seltenheit dar. Hingegen sind in anderen Ländern, wie England und Kanada Sozialarbeitende in der medizinischen Grundversorgung in sogenannten *interprofessional care teams* vertreten (S. 24). Für Sozialarbeitende im Gesundheitswesen besteht generell die Herausforderung, sich zwischen den Expertinnen- und Expertensystemen (wie der Medizin und den Pflegeberufen) zu positionieren. Meist geht es um komplexe Problemstellungen, wie sie bei chronischen Krankheiten oder Pflegebedürftigkeit auftreten. Dabei liegt der Fokus der Sozialen Arbeit neben dem körperlichen und psychischen Wohlbefinden vor allem auch auf der Lebenswelt der Klientinnen und Klienten (S. 14). Gesundheit wird aus der Perspektive der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen laut Geissler-Piltz & Gerull verstanden *“als ganzheitliches, also bio-psycho-soziales und multidimensionales, durch verschiedene Einflüsse bedingtes Phänomen”* (Geissler-Piltz & Gerull, 2009, S. 14). Innerhalb der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen sticht jedoch besonders die Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit in der konkreten Arbeit mit Klientinnen und Klienten hervor (S. 10). Die psychosoziale Beratung und Behandlung können als (methodische) Kernelemente der Klinischen Sozialarbeit angesehen werden. Weiter fällt ihre eigenständige Position in multiprofessionellen Arbeitskontexten auf (S. 10). Klinische Sozialarbeit wird laut Pauls (2013, S. 17) als *“integrierter professioneller Ansatz zur Verbesserung der psychosozialen Passung zwischen Klient beziehungsweise Klientensystem und Umwelt”* verstanden. Mittels verschiedener Methoden neben der psychosozialen Beratung,

wie Sozialtherapie, Soziale Unterstützung, Krisenintervention, psychoedukative Gruppenarbeit⁴, klinisches Case-Management und umgebungsbezogene Ressourcenaktivierung werden in der klinischen Sozialarbeit auch psychosoziale Diagnosen und Interventionen durchgeführt (S. 17). Dabei sind die grundlegenden Ziele die Förderung und Erhaltung der psychosozialen Funktionsfähigkeit von Individuen, Familien und Gruppen allgemein, sowie die Behandlung und Prävention von Krisen, schweren Belastungen und psychischen, sozio-, psychosomatischen und chronischen Erkrankungen (S. 16). Es werden sowohl innere, psychologischen Faktoren als auch äussere, sozial bedingte Faktoren miteinbezogen. Durch diese "Ecological System" Perspektive ermöglicht dieses Gesamtbild schliesslich mikro- und makrosystemische Interventionen (S. 20).

2.3 Begriffsklärungen

Im folgenden Kapitel wird auf für die Bearbeitung der Fragestellung wichtigen Begriffe eingegangen. Einerseits sollen psychosoziale Probleme näher definiert werden. Andererseits soll die Begrifflichkeit rund um die psychosoziale Beratung näher differenziert und von der Psychotherapie abgegrenzt werden. Auch wird auf das Case-Management eingegangen. Zum Schluss des Kapitels wird nochmals die Definition der Autorinnen einer ganzheitlichen Beratung und einer 'integrativen psychosozialen Beratung' dargelegt.

2.3.1 Definition psychosoziale Probleme

Im Duden wird das Adjektiv psychosozial als etwas, das *"von psychischen Faktoren, Fähigkeiten oder Ähnliches, durch soziale Gegebenheiten (wie z. B. Sprache, Kultur, Gesellschaft) bedingt"* ist, definiert (2019). Unter psychosozialen Problemen verstehen die Autorinnen der vorliegenden Bachelor-Thesis also die durch psychische Faktoren und soziale Gegebenheiten bedingten Problemlagen von Klientinnen und Klienten. Beispiele dafür sind Beziehungsprobleme, Arbeitslosigkeit, Probleme am Arbeitsplatz, Einsamkeit und Tagesstrukturierung, die Wohnsituation, persönlicher Stress und Umgang damit, etc.

Weiter definiert das Online-Medizinlexikon Pschyrembel (2016) psychosoziale Belastungen als die *"Gesamtheit der auf eine Person einwirkenden psychischen und sozialen Einflüsse, die zu einer latenten oder durch Symptombildung manifesten Überforderung der Ressourcen dieser Person führen"*. Auch hier geht es also um psychische und soziale Einflüsse, die auf die

⁴ Unter Psychoedukation werden systematische didaktische Interventionen zusammengefasst, welche PatientInnen und ihre Angehörigen über ihre Krankheit, Probleme und Behandlung informieren, um den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit und ihrer Komplexität zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen (Bäumel & Pitschel-Walz, 2008, S. 3).

Klientin, den Klienten einwirken und zu einer Überforderung der ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen führt und sich negativ auf deren Gesundheit auswirken kann. Im Verständnis des biopsychosozialen Modells (vgl. Engel, 1981) stellen psychosoziale Probleme oder Belastungen zudem einen wichtigen Faktor in Bezug auf den Gesundheitszustand einer Person dar. In der vorliegenden Bachelor-Thesis wird der Begriff *“psychosoziale Probleme”* synonym zu *“psychosozialen Belastungen”* verwendet.

2.3.2 Definition Beratung

Der Begriff der Beratung ist vielseitig und umfasst sowohl die Alltagsberatung, die fachkundige (Laien-)Beratung als auch die professionelle Beratung. Kategorisiert man nun Beratung anhand des Grades ihrer Formalisierung, so kann sie in nicht-formalisierte, halb-formalisierte und formalisierte Beratung unterteilt werden (Stimmer & Ansen, 2016, S. 40). Die professionelle, formalisierte Beratung wird von verschiedenen Professionsgruppen wie Sozialarbeitenden, Pädagoginnen und Pädagogen, Psychologinnen und Psychologen sowie Seelsorgenden mit dem Ziel, Menschen bei der Bewältigung aktueller Probleme und Konflikte meist kurz- bis mittelfristig zu unterstützen, ausgeübt. Professionalisierte Beratung ist meist institutionalisiert in staatliche, kommunale, konfessionelle und privatwirtschaftlich organisierte Einrichtungen (S. 40). Durch eine professionelle, formalisierte Beratung soll laut Stimmer & Ansen (2016, S. 41) eine selbstbestimmte Gestaltung der eigenen Lebensverhältnisse der Klientinnen und Klienten unterstützt werden sowie auch präventiv die Verschärfung der Krisensituation oder die Entstehung neuer Problemlagen verhindert und bereits erzielte Erfolge aufrechterhalten werden. Um dies zu erreichen, soll durch eine professionelle Beratung ein *“methodisch fundierter, dialogisch-aktiver sowie kognitiv-emotionaler Lernprozess zwischen mindestens zwei Protagonist_innen, in dem sowohl Sacharbeit wie Beziehungsarbeit zu leisten sind”*, ermöglicht werden (Stimmer & Ansen, 2016, S. 41). Eine professionelle Beratung beruht somit auf einer methodischen Basis. Es handelt sich zudem um einen *“beziehungsgetragenen Prozess”*, durch den wichtige Entscheidungs- und Handlungskompetenzen sowie Wissen für die Bewältigung akuter Probleme vermittelt werden (S. 54).

Laut Nestmann et al. (2004, S. 35) brauchen professionelle Beraterinnen und Berater sowohl eine handlungsfeldspezifische Wissensbasis wie auch eine feldunspezifische Kompetenzenbasis. Dabei bezieht sich die handlungsfeldspezifische Wissensbasis auf das für ein spezifisches Handlungsfeld notwendige Fachwissen. Dieses unterscheidet sich je nach Problemstellung und sieht in der Erziehungsberatung bspw. ganz anders aus als in der Drogenberatung (S. 34 - 35). Die feldunspezifische Kompetenzenbasis hingegen besteht vor

allem aus Kommunikations- und Beratungskompetenzen. Aufgrund dieser beiden notwendigen Grundvoraussetzungen einer professionellen Beratung spricht man auch von einer Doppelverortung der Beratung (S. 35).

2.3.3 Definition psychosoziale Beratung

Unter einer psychosozialen Beratung versteht man laut Wälte & Lübeck (2018, S. 24) "jede professionell-unterstützende Form der Interaktion mit Klienten in psychosozialen Arbeitsfeldern, die auf Diagnostik, den Umgang mit und der Bewältigung von psychosozialen Belastungen, Einschränkungen, Notlagen und Krisen gerichtet ist". Laut Barth (2015, S. 26) nimmt eine psychosoziale Beratung die Synergie von Psyche und Umwelt sowie deren Wechselwirkungen in den Blick und sieht den Menschen als psychisches und soziales Wesen (S. 26). Wie bei professionell gestalteter Beratung allgemein, sind auch in der psychosozialen Beratung die handlungsfeldspezifische Wissensbasis und die feldübergreifende Kompetenzenbasis wichtige Professionalisierungskriterien (Wälte & Lübeck, 2018, S. 24 - 25). Zusätzlich wird die psychosoziale Beratung durch eine besondere Prozesskomponente ausgezeichnet. Bei dieser wird die handlungsfeldspezifische Wissensbasis und die feldübergreifende Kompetenzenbasis in eine klientenzentrierte Balance gebracht (S. 25). Es handelt sich um ein entwicklungsorientiertes Angebot, bei dem ein Fokus auf die herausfordernden Lebenssituationen der Klientinnen und Klienten gelegt wird. Dabei wird sowohl das soziale Netzwerk der Klientinnen und Klienten miteinbezogen sowie auf die Unterstützung zur Bewältigung des Alltages abgezielt. Zur Anwendung kommt die psychosoziale Beratung in den unterschiedlichen Settings als zentrale Aufgabe in Beratungsstellen, zur Überbrückung einer Psychotherapie, im ambulanten, stationären oder teilstationären Rahmen oder im Einzel-, Familien- oder Gruppensetting. Sie kann sich an verschiedene Altersgruppen wenden. Dabei sind Ziele der psychosozialen Beratung neben der Entwicklungsförderung und Kompetenzentwicklung unter anderem Prävention, Rehabilitation sowie Krisen- und Problembewältigung (S. 25). Heilung und Wiederherstellung der Gesundheit hingegen gehören laut Wälte & Lübeck zum Aufgabenbereich der Psychotherapie (S. 25).

2.3.4 Definition Psychotherapie und Abgrenzung

In der Psychotherapie geht es, so wie im deutschen Psychotherapeutengesetz beschrieben, hauptsächlich um die "Diagnose, Linderung oder Heilung von psychischen und/oder psychosomatischen Störungen" (Barth, 2015, S. 25). Somit legitimiert sich Psychotherapie überwiegend über einen Heilungsdiskurs. Obwohl Beratung und Psychotherapie gerade auf der Handlungsebene und z.T. in ihrer Erscheinungsform über Gemeinsamkeiten verfügen,

unterscheiden sie sich dennoch durch ihre unterschiedlichen Denkmodelle und Logiken (Nestmann et al., 2004, S. 36). In Anlehnung an Grossmass beschreibt Barth (2015, S. 25), dass es bei der psychosozialen Beratung im Gegensatz zur Psychotherapie um einen «Prozess der (Neu-) Orientierung mit kommunikativen Mittel» geht, währenddem bei der Psychotherapie Diagnose, Linderung oder Heilung von psychischen Erkrankungen im Zentrum stehen. Somit basiert psychosoziale Beratung nicht auf einem Krankheitskonzept, sondern legt den Fokus auf die Bearbeitung von Problemen, Konflikten und Krisen, welche zum Leben gehören und aus gewissen Kontexten erwachsen sind (S. 25 - 26). In der psychosozialen Beratung wird also sowohl Bezug auf psychische Faktoren (Denken, Fühlen, Verhalten) als auch auf soziale Faktoren (Umfeld, Arbeitssituation, Familie) genommen und eine veränderte Selbst- und Weltsicht angestrebt (S. 26). Gerade im Kontext der USA gehört die Psychotherapie jedoch als Teilgebiet in der klinischen Sozialarbeit (clinical social work) mit dazu und es werden auch von Sozialarbeitenden psychotherapeutische Beratungen durchgeführt. Dabei ist jedoch zu beachten, dass innerhalb der klinischen Sozialarbeit ein eigener sozialtherapeutischer Ansatz entwickelt wurde (Pauls, 2013, S. 18). Dieser sozialtherapeutische Ansatz bedient sich psychotherapeutischem Bedingungs- und Handlungswissen und fokussiert sich auf die Themen der sozialen Integration, in dem er die Umgebung von Klientinnen und Klienten durch Netzwerkarbeit oder professioneller Sozialer Unterstützung im Kontext der Behandlung von Belastungen, Störungen und Erkrankungen mit einbezieht (S 18-19).

2.3.5 Case Management

Das Case Management ist ein wichtiges Handlungsinstrument im Gesundheits- und Sozialwesen. Oft werden Sozialarbeitende als Case Manager bei komplexen Fällen eingesetzt, weshalb eine Definition wichtig erscheint. Am aktuellen Fachdiskurs orientiert definiert das Netzwerk Case Management Schweiz die sozialarbeiterische Methode des Case Managements folgendermassen:

“Das Case Management ist ein Handlungskonzept zur strukturierten und koordinierten Gestaltung von Unterstützungs- und Beratungsprozessen im Sozial-, Gesundheits- und Versicherungsbereich. In einem systematisch geführten, kooperativen Prozess werden Menschen in komplexen Problemlagen ressourcen- und lösungsorientiert unterstützt und auf den individuellen Bedarf abgestimmte Dienstleistungen erbracht. Die Erreichung gemeinsam vereinbarter Ziele wird angestrebt. Case Management will Grenzen von Organisationen und Professionen überwinden und eine organisationsübergreifende Steuerung des Unterstützungsprozesses gewährleisten. Dazu werden Netzwerke initiiert und gepflegt. Case

Management respektiert die Autonomie der Klientinnen und Klienten, berücksichtigt die Anforderungen des Datenschutzes und nutzt und schont die Ressourcen im Klient- sowie im Unterstützungssystem. Die bedarfsbezogene Weiterentwicklung des Versorgungsangebotes wird gefördert” (Netzwerk Case Management, 2014, S. 5).

Es handelt sich somit um ein methodisches Vorgehen, um alle Unterstützungs- und Beratungsprozesse einer Einzelperson zu strukturieren und zu koordinieren. Das Case Management folgt einem systematischen Handlungsablauf mit definierten Verfahrensschritten, wobei die Prozesse und Ziele in der Fallführung kooperativ mit allen beteiligten Akteurinnen und -akteuren auszuhandeln sind. Die Fallführung bedarf somit einer Legitimationsgrundlage aller Beteiligten inklusive der Klientin oder des Klienten. Im Gegensatz zur Defizitorientierung wird im Case Management ressourcen- und lösungsorientiert gearbeitet. So steht nicht das Problem, sondern die möglichen Lösungen im Fokus. Um dies zu erreichen werden mit allen in einem Fall involvierten Fachpersonen, aber auch den Klientinnen und Klienten, gemeinsame Ziele vereinbart und somit die Grenzen aller beteiligten Institutionen und Fachpersonen möglichst überwunden. Das Case Management versucht somit die Autonomie der Klientinnen und Klienten in einem hohen Masse zu respektieren und gleichzeitig eine organisationsübergreifende Steuerung des Unterstützungsprozesses zu übernehmen. Dies geschieht, indem es eine partnerschaftliche Zusammenarbeit aller am Fallgeschehen beteiligten Personen und Organisationen inklusive der Klientinnen und Klienten gewährleistet (Netzwerk Case Management, S. 6).

2.3.6 Definition ‘integrative psychosoziale Beratung’

Der Begriff der ‘integrativen psychosozialen Beratung’, wie er in der Fragestellung steht, verweist auf ein Konzept, in dem eine psychosoziale Beratung durch Sozialarbeitende als integraler Bestandteil einer ganzheitlichen Behandlung in Hausarztpraxen im Rahmen einer interprofessionellen Zusammenarbeit angeboten wird. Das Konzept bezieht sich daher nicht zwingend auf die räumliche Organisation der Beratung. Es geht vielmehr darum, einem breiten Teil der Bevölkerung im Kontext von Hausarztpraxen als erste Anlaufstelle bei somatischen und psychosozialen Leiden, eine frühe Intervention und somit auch Prävention im Rahmen einer ganzheitlichen Behandlung ermöglichen zu können. Methoden aus der klinischen Sozialarbeit, besonders auch das Case Management, sollen in die psychosoziale Beratung miteinbezogen werden.

2.3.7 Definition ganzheitliche Behandlung

Unter einer ganzheitlichen Behandlung in der ambulanten Grundversorgung verstehen die Autorinnen dieser Bachelor-Thesis eine Behandlung, die nicht nur körperliche Symptome behandelt, sondern den ganzen Menschen samt seiner psychischen Befindlichkeit und seiner sozialen Situation in den Blick nimmt und diese Faktoren in die Behandlung von Krankheit mit einbezieht. Grundlage einer ganzheitlichen Behandlung bildet zudem die interprofessionelle Zusammenarbeit zwischen Sozialarbeitenden und Ärztinnen und Ärzten sowie möglichen anderen Disziplinen. Eine ganzheitliche Behandlung wird überhaupt erst durch eine Kollaboration der verschiedenen Disziplinen ermöglicht. Als theoretische Grundlage wird das biopsychosoziale Krankheits- und Gesundheitsmodell nach Engel (1977) sowie die salutogenetische Perspektive von Antonovsky (1997) verwendet. Zudem stützt sich das Verständnis von Krankheit und Gesundheit auf dasjenige der WHO. Diese definiert die Gesundheit als *“Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen”* (WHO, 1946, S. 1). Auch das biopsychosoziale Modell von Engel berücksichtigt die psychosoziale Dimension von Gesundheit und geht von der Annahme aus, dass biologische, psychologische und soziale Prozesse integral und interaktiv an körperlicher Gesundheit und Krankheit beteiligt sind (Suls & Rothman, 2004, S. 119). Dabei bringt die Salutogenese eine ressourcenorientierte Perspektive auf die Gesundheit mit sich, indem sie sich mit der Frage beschäftigt, wie Menschen trotz allgegenwärtigen und vielseitigen Belastungen in ihrem Leben gesund bleiben (Dollinger, 2006, S. 173).

3 Institutioneller Rahmen

In diesem Kapitel wird kurz als institutionelle Rahmung der Forschungsfrage das Gesundheitswesen der Schweiz sowie das Hausarztmodell skizziert. Dabei wird auch auf aktuelle Herausforderungen in Medizin und Gesundheitswesen, wie die Multimorbidität als neuzeitliches Phänomen der Medizin sowie auf die kontinuierlich steigenden Gesundheitskosten in der Schweiz eingegangen.

3.1 Das Schweizerische Gesundheitswesen und das Hausarztmodell

Für die Kostendeckung von stationären und ambulanten Heilbehandlungen im Krankheitsfall kommt in der Schweiz die Krankenversicherung auf. Diese ist seit 1996 obligatorisch und wird anhand von Kopfprämien und durch die von den Kantonen und Bund mitfinanzierten Prämienverbilligungen finanziell abgestützt (Koch, 2013, S. 457 - 458). Im Schweizer Gesundheitswesen eingebettet ist das IPA-Modell (Independent Practice Association) oder im Volksmund auch Hausarztmodell genannt. Dieses sieht vor, dass versicherte Personen immer als Erstes - mit Ausnahme von akuten Notfällen - ihre Hausarztpraxis für alle Arten von medizinischen Anliegen und Beschwerden konsultieren. Bei Notwendigkeit werden Patientinnen und Patienten dann in einem zweiten Schritt von der Hausarztpraxis aus an die vorgesehenen Fachärztinnen und Fachärzte überweist (Graf von der Schulenburg & Greiner, 2000, S. 212 - 215).

3.2 Aktuelle Herausforderungen in Medizin & Gesundheitswesen

In den letzten Jahren hat kaum ein Thema die Schweiz so bewegt wie die Herausforderungen rund um das Gesundheitswesen. Dabei stellen diese diversen Herausforderungen die Rahmenbedingungen dar, unter welchen eine 'integrative psychosoziale Beratung' in Schweizer Hausarztpraxen implementiert werden kann. Nachfolgend werden deshalb die aktuell bedeutendsten Herausforderungen erläutert. Dabei spielen auch demographische Faktoren eine wichtige Rolle. Die Schweiz hatte im Jahr 2014 die höchste Lebenserwartung weltweit (Meier-Abt, 2014, S. 2) und wechselte sich in den letzten Jahren immer wieder mit anderen Ländern als Spitzenreiterin ab. Die Lebenserwartung für Frauen und Männer in der Schweiz verdoppelte sich seit dem Jahr 1900 fast. Damals lag die Lebenserwartung für Frauen bei der Geburt bei 48.9 Jahre und bei 46,2 für Männer. Gemäss dem Bundesamt für Statistik (2019a) betrug im Jahr 2018 die Lebenserwartung von Frauen und Männer 85.4 Jahre beziehungsweise 81.7 Jahre. Diese demographische Entwicklung brachte aus gesundheitspolitischer und

medizinischer Sicht viele Herausforderungen mit sich, die im nächsten Kapitel genauer erläutert werden.

3.2.1 Multimorbidität

Eine der grössten gegenwärtigen Herausforderungen in der Medizin ist die Multimorbidität, welche heute als häufigste Krankheitskonstellation gilt (Battegay, 2014, S.2), sowie die steigenden Kosten im Gesundheitswesen. Die Definition von Multimorbidität ist komplex. Am häufigsten wird sie jedoch mit dem "gleichzeitigen Auftreten von zwei oder mehreren chronischen Krankheiten" definiert (Moreau-Gruet, 2013, S.1-2).

Die Multimorbidität als häufigste gegenwärtige Krankheitskonstellation wurde von Moreau-Gruet (2013, S.1 - 7) in einer europaweiten Befragung untersucht. Es stellte sich heraus, dass das Auftreten einer Multimorbidität, als aktuelles herausforderndes Phänomen in der Medizin, nicht nur von biologischen Faktoren beeinflusst wird. Dabei liegt ein bedeutender soziodemographischer Zusammenhang vor. Es zeigte sich, dass insbesondere Personen mit tiefem Einkommen mit einem tieferen Bildungsniveau oder aus einer tiefen sozioökonomischen Schicht eine Multimorbidität aufweisen. Frauen ab 50 Jahre weisen ein hohes Multimorbiditätsrisiko auf, insbesondere auch ein höheres als Männer. Erwerbstätige oder Pensionierte weisen ein tieferes Multimorbiditätsrisiko auf als erwerbslose Personen derselben Altersklasse. Dieselbe Prävalenz von Multimorbidität lässt sich weiter ab Pensionsalter beobachten. Wenn die Personen weiterhin erwerbstätig bleiben, sinkt das Multimorbiditätsrisiko (S. 4). Gehören die Personen ab 50, welche erwerbstätig sind, jedoch einer tieferen Einkommensklasse an, steigt das Multimorbiditätsrisiko wieder an. Dieselbe Tendenz kann auch in Bezug auf das Bildungsniveau und soziale Beziehungen beobachtet werden. Stellen die obligatorische Volksschule (9. Klasse) oder die Sekundarstufe II (Lehre/Berufsausbildung) die höchste abgeschlossene Bildungsstufe dar oder leben die Betroffenen in einem Einpersonenhaushalt, steigt das Risiko einer Multimorbidität an. Daher gelten soziale Faktoren, wie eine angemessen entlohnte Erwerbstätigkeit, ein guter Bildungsabschluss sowie ein grosses und funktionierendes soziales Umfeld und das Zusammenleben mit einer weiteren Person als Entlastungsfaktoren bei Multimorbidität (S. 4).

In Bezug auf die aktuellen Herausforderungen der Multimorbidität sieht auch Meier-Abt (2014, S. 3) den Bedarf nach alternativen Ansätzen, indem sich die Medizin zu einer "personalisierten Medizin" in Form neuer Methoden der Prävention und Behandlung von Multimorbidität entwickelt. So schreibt Prof. Peter Meier-Abt, Präsident der Schweizerischen Akademie für Medizinische Wissenschaften Schweiz: *"Erfolgreiche Prävention und Management von*

Multimorbidität kann nur innerhalb eines umfassenden integrativen Versorgungsnetzwerkes geschehen, in dem multimorbide PatientInnen durch ärztliche Spezialisten und Generalisten in enger Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen gemeinsam betreut werden...II...Dies hat Konsequenzen für die Strukturen der Gesundheitsversorgung insgesamt, wie dies zu Recht im Artikel von Edouard Battegay betont wird. Ökonomische Überlegungen dürfen die notwendige Entwicklung hin zu einem stärker die Ganzheitsmedizin betonenden, integrativen Versorgungssystem nicht aufhalten” (2014, S. 3).

Aus der Perspektive einer 'integrativen psychosozialen Beratung' in Hausarztpraxen kann zudem ergänzt werden, dass im Kontext von Multimorbidität und den erwähnten soziodemografischen Einflussfaktoren eine erfolgreiche Prävention und Management von Multimorbidität nicht nur durch eine Zusammenarbeit von Gesundheitsberufen, sondern auch durch eine interprofessionelle Kollaboration mit Fachpersonen der Sozialen Arbeit erzielt werden könnte.

3.2.2 Kostenentwicklung im Gesundheitswesen

Nebst dem medizinischen Fortschritt stellt die Veränderung der demografischen Struktur und die damit einhergehende Zunahme von Multimorbidität einen der Haupttreiber der zunehmenden Kosten im schweizerischen Gesundheitssystem der letzten Jahre dar (Kocher, 2011, S. 1466). In seiner weitreichenden Medien-Analyse zu Gründen für den Kostenanstieg im Gesundheitswesen nennt Kocher (2011, S. 1467) auch die zunehmende Spezialisierung der Leistungserbringer sowie die Zunahme von kurativer anstelle von präventiver Medizin. Ebenfalls wird der Anstieg von Personen, welche unter chronischen Krankheiten leiden, als Kostentreiber genannt. Psychische Störungen sind dabei häufig Teil eines multimorbiden Krankheitsbildes und stellen gemäss einer pan-europäischen Studie allein direkt über 4 Milliarden Franken an Systemkosten im Gesundheitswesen der Schweiz dar (Gustavsson et al., 2010, S. 718). Eine Schweizer Studie zu den ökonomischen Kosten von Depression als Krankheitsbild wies eine ähnliche Stossrichtung nach, wobei die direkten Kosteneffekte auf rund 5.1 Milliarden geschätzt wurden (Tomonaga, 2013, S. 237). Beide Studien beziffern zudem den zusätzlichen Anteil an indirekten Kosten von psychischen Störungen auf rund 40 bis 55 Prozent (Gustavsson et al., 2010; Tomonaga, 2013).

Aufgrund der oben dargestellten Gründe und mitunter auch wegen der Zunahme von psychischen Störungen als Krankheit, welche alleinstehend bereits am drittmeisten Kosten verursacht, sind die Gesamtkosten im Schweizer Gesundheitssystem in den letzten Jahren regelmässig angestiegen. Die durch das Gesundheitswesen verursachten Kosten nehmen

schliesslich auch einen immer grösseren Anteil am Bruttoinlandprodukt ein (Bundesamt für Statistik, 2019b). Diese Kostenentwicklung wird sowohl von Politik, Wirtschaft als auch von der Gesellschaft als eine der grössten Herausforderungen der nächsten Jahre angesehen, wobei fast jede zweite befragte Person in einem Sorgenbarometer die Gesundheitskosten als wichtige Sorge benannte (Credit Suisse, 2018, S. 55). Der gesellschaftliche und politische Druck auf alle Leistungserbringende im Gesundheitswesen, mitunter auch auf alle Hausärztinnen und Hausärzte, steigt somit stetig. Die Kostenanalysen der einzelnen Leistungserbringenden im Gesundheitssystem bringt zudem zu Tage, dass stationäre Behandlungsmethoden in ihren Kosten die ambulanten Behandlungen um bis zu Faktor 18 übersteigen (Wieser et al., 2014, S. 91). Diese ausschliesslich kostenbezogenen Analysen legen damit den Schluss nahe, dass ein frühzeitiges Aufgreifen psychosozialer Probleme durch ambulante Leistungserbringende wie beispielsweise Hausärztinnen und -ärzte mitunter auch kostendämpfende, präventive Wirkung entfalten könnte. Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass es sich bei der stetig steigenden Kostenentwicklung im Gesundheitswesen um eine Problematik handelt, welche mit rasch greifenden, allenfalls auch unkonventionellen Lösungen primär im ambulanten Bereich angegangen werden sollte.

4 Theoretischer Rahmen

Der theoretische Rahmen dient dazu, die psychosoziale Dimension von Gesundheit einerseits als auch das Themenfeld der interprofessionellen Zusammenarbeit auf der anderen Seite theoretisch einzuordnen. Beide Themenfelder sind in Bezug auf die Fragestellung, inwiefern eine 'integrative psychosoziale Beratung' in Hausarztpraxen zu einer ganzheitlicheren Behandlung beitragen kann, relevant. Während ein biopsychosoziales Gesundheitsmodell sowie eine salutogenetische Sichtweise als Grundlage einer ganzheitlichen Behandlung gesehen werden können, bilden die interprofessionelle Zusammenarbeit sowie eine ausgeprägte professionelle Identität seitens der Sozialarbeitenden wichtige Voraussetzungen einer integrierten (klinischen) Sozialarbeit in Hausarztpraxen.

4.1 Psychosoziale Dimension von Gesundheit

In diesem Kapitel wird eine theoretische Erörterung der psychosozialen Dimension der Gesundheit vorgenommen. Wie im vorangehenden Kapitel zu den aktuellen Herausforderungen im Gesundheitswesen aufgezeigt wurde, kann festgestellt werden, dass soziale Faktoren wie Erwerbstätigkeit, soziale Beziehungen, der Bildungsstand sowie der sozioökonomische Stand als entscheidend einwirkende Faktoren bei Multimorbidität fungieren können. Auch wurden bereits 1946 soziale sowie psychische Faktoren von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) berücksichtigt als diese Gesundheit als "Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen" definierte (WHO, 1946, S. 1). Aufgrund des lang anhaltenden Wirtschaftswachstums in der Nachkriegszeit in der Schweiz und in Europa wurde schon kurze Zeit später ein Ausbau in der Medizin und im gesamten Gesundheitswesen - beispielsweise durch Fortschritte in der medizinischen Diagnostik, in der Therapie sowie in der Pharmakologie - vorgenommen. Durch diese Entwicklungen konnten sich sowohl die kurative Medizin als auch eine biomedizinische Perspektive etablieren und prägten die Sichtweise auf Krankheit innerhalb der Gesellschaft als pathophysiologisches Phänomen mit (Ruckstuhl, 2016, S. 21). Erst im Rahmen des Aufbruchs der 1968er und der neuen sozialen Bewegungen wurde die Dominanz der Medizin samt ihrem Expertentum, ihrer biomedizinischen Sichtweise und ihrem von Ruckstuhl (2016, S. 22) beschriebenen "paternalistischen Arzt-Patienten-Verhältnis" in Frage gestellt (S. 21-22). Durch die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation wurde schliesslich in den 1980er Jahren ein neues Gesundheitsverständnis, das Gesundheit als "Ergebnis komplexer Interaktionen zwischen Lebensbedingungen, Lebenswelten und handelnden Menschen" sieht, festgeschrieben (S. 24). Gemäss Ruckstuhl (2011, S. 111) ging die Ottawa-Charta also aus

dem Geist der neuen sozialen Bewegungen hervor und trug infolgedessen den Anspruch einer aktiven und selbstbestimmten Teilhabe der Menschen sowie ihrer Mitbestimmung in sich.

Für eine Beachtung der psychosozialen Dimension von Gesundheit spricht neben den oben erwähnten Argumenten zudem folgende Wechselwirkung: Laut Waller (2006, S. 74) geht gesundheitliche Ungleichheit mit dem Grad der jeweiligen sozialen und ökonomischen Benachteiligung innerhalb der Bevölkerung einher. Sommerfeld, Dällenbach, Rügger & Hollenstein (2016, S. 8) betonen, dass sowohl soziale Faktoren als Ursachen für psychische Erkrankungen wirken, als auch psychische Krankheiten zu sozialer Desintegration führen können. Zieht man ausserdem in Betracht, dass psychische Erkrankungen laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zu den grössten gesundheitlichen Herausforderungen unserer Zeit gehören (S. 8) und, wie im vorherigen Kapitel zu den aktuellen Herausforderungen im Gesundheitswesen beschrieben, einen erheblichen Kostenfaktor darstellen und sich auf weite Teile der Gesellschaft negativ auswirken, kann sowohl auf individueller wie auch auf gesellschaftlicher Ebene von einer sehr grossen Bedeutung der psychosozialen Dimension von Gesundheit gesprochen werden. Genau diese Dimension findet auch im biopsychosozialen Modell Beachtung, welches George Engel beschreibt. Die Perspektive des biopsychosozialen Modells geht von der Annahme aus, dass biologische, psychologische und soziale Prozesse integral und interaktiv an körperlicher Gesundheit und Krankheit beteiligt sind (Suls & Rothman, 2004, S. 119). Obwohl die biomedizinische Sichtweise noch immer dominiert, weisen laut Suls & Rothman Studien auf die zunehmende Beachtung des Modells hin (S. 120). Im Folgenden soll also sowohl auf das biopsychosoziale Gesundheits- und Krankheitsmodell als auch kurz auf die Bedeutung der Salutogenese als positives Gesundheitskonzept hinsichtlich der veränderten Wahrnehmung von Gesundheit und Krankheit eingegangen werden.

4.1.1 Biopsychosoziales Gesundheits- und Krankheitsmodell

Um die Bedeutung des biopsychosozialen Modells und seinen revolutionären Charakter zu seiner Entstehungszeit zu veranschaulichen, eignet sich ein Zitat von Geigges & Fritzsche:

“In seinem wegweisenden Kapitel in der Zeitschrift Science mit dem Titel ‚The need for a new medical model: A challenge for biomedicine‘ (Engel 1977) hat Engel diese Mission als Forderung nach einer biopsychosozialen Medizin formuliert, die somatische, psychische und soziale Probleme des Kranken nicht nur additiv als Angelegenheit verschiedener Disziplinen versteht, sondern »integriert«, als einander ergänzende Aspekte eines kranken Menschen” (2016, S. 4).

Wie der Name des Modells schon sagt, beschreibt das biopsychosoziale Modell also die Wechselwirkungen der drei Teilbereiche der biologisch-organischen (somatischen), psychischen und sozialen Ebenen in Bezug auf den Gesundheitszustand eines Menschen (Sommerfeld et. al, 2016, S. 86). Engel (1977, S. 129, 134) kritisierte in seinem eingangs erwähnten Artikel das in der Medizin seiner Zeit vorherrschende biomedizinische Modell und die Gegenüberstellung von Biomedizin und der psychologischen Probleme behandelnden Psychiatrie. Engel (1981, S. 103) sah dabei den Reduktionismus des biomedizinischen Modells, der die Patientin oder den Patienten auf die physiologischen Vorgänge des Körpers reduziert, sowie den Leib-Seele Dualismus als problematisch an.

Sich auf die Systemtheorie stützend, beschreibt Engel (1981, S. 103 - 104) ein in der Natur vorherrschendes, hierarchisch geordnetes Kontinuum, bei dem komplexere, grössere Einheiten jeweils kleineren, weniger komplexen Einheiten übergeordnet sind. So bildet bspw. die Biosphäre die hierarchisch oberste Einheit seines Modells. Nachfolgend untergeordnet sind die Einheiten der Gesellschaft/Nation, Kultur/Subkultur, Gemeinschaft, Familie und der 2-Personen-Beziehung (S. 104). Erst dann kommt die Einheit der Person selbst. Dieser wiederum sind weitere, biologische Einheiten untergeordnet: das Nervensystem, die Organe, das Gewebe, Zellen, Organelle, Moleküle, Atome und subatomare Teilchen (S. 104). Dabei stellt innerhalb dieses Modells jede Hierarchieebene der verschiedenen Einheiten ein "organisiertes, dynamisches Ganzes" dar (S. 105). Jede dieser Einheiten und Systeme verfügt somit über spezifische Merkmale und Beziehungen und ist gleichzeitig immer auch ein Bestandteil eines hierarchisch höheren, komplexeren Systems (S. 105 - 106). Beispielsweise ist eine Person immer auch ein Teil einer 2-Personen-Beziehung. Diese wiederum ist Teil einer Familie und so weiter (S. 106). Engel selbst beschrieb dieses Phänomen wie folgt:

"In the continuity of natural systems every unit is at the very same time both a whole and a part. As a whole it has its own unique characteristics and dynamics; as a part, it is a component of a higher-level system" (Engel, 1981, S. 106).

Dabei existiert keines der Systeme für sich alleine. Jedes System wird von seiner Umwelt und dem grösseren Ganzen, in dem es eingebettet ist, beeinflusst:

"Thus, no system exists in isolation. Whether a cell or a person, every system is influenced by the configuration of the systems of which each is a part, that is, by its environment. Or more precisely, neither the cell nor the person can be fully characterized as a dynamic system without characterizing the larger system(s) (environment) of which it is a part" (Engel, 1981, S. 106).

Somit stellt auch der Patient oder die Patientin ein System eines Individuums (Ebene der Person) dar, das sich innerhalb eines grösseren sozialen Systems befindet. Diese Einbettung in

ein übergeordnetes System soll laut Engel auch bei der medizinischen Behandlung mitberücksichtigt werden (Engel, 1981, S. 106 - 107). Um dem biopsychosozialen Modell gerecht zu werden, nehmen Identifizierung und Evaluation von stabilisierenden und destabilisierenden Faktoren innerhalb der sozialen Umwelt in Bezug auf die Gesundheit der Patientin und des Patienten einen wichtigen Stellenwert ein. Entgegen dem Dogma der Biomedizin, so betont Engel, wird durch das biopsychosoziale Modell ein Dogma der ganzheitlichen und humanistischen Medizin gestellt (S. 121 - 122).

4.1.2 Kritische Würdigung des biopsychosozialen Modells

Egger (2005, S. 3) betont, dass innerhalb des biopsychosozialen Modells Krankheit und Gesundheit nicht als Zustand aufgefasst werden, sondern viel mehr als dynamisches Geschehen. In diesem Verständnis muss Gesundheit immer wieder neu geschaffen werden (S. 3). Aus der systemisch geprägten Auffassung des biopsychosozialen Modells heraus, taucht laut Egger Krankheit dann auf, wenn Störungen auf mindestens einer der verschiedenen Ebenen innerhalb des Systems Mensch nicht genügend bewältigt werden können (S. 3). Egger argumentiert ausserdem, dass durch das biopsychosoziale Modell und der damit verbundenen Implikation, dass bei jedem Krankheitsprozess potentielle psychosoziale Faktoren mitwirken, die Psychosomatik, beziehungsweise die Unterteilung in psychosomatische Krankheit und nicht-psychosomatische Krankheit, streng genommen, überflüssig sei. Nach seiner Bewertung ist das biopsychosoziale Modell das gegenwärtig kohärenteste, kompakteste und auch bedeutendste Theoriekonzept, innerhalb dessen der Mensch in Gesundheit und Krankheit erklärbar und verstehbar wird (Egger, 2005, S. 4). Auch Adler (2009, S. 610) betont in seinem Artikel *Engel's psychosocial model is still relevant today*, dass, wie der Titel schon sagt, das biopsychosoziale Modell nach Engel bis heute eine grosse Relevanz hat und mehrere Studien die Zusammenhänge sozialer und psychischer Faktoren auf die Gesundheit eines Menschen belegen. Auch bildet laut Adler das biopsychosoziale Modell ein theoretisches Fundament in der medizinischen Ausbildung (S. 610). Nichtsdestotrotz betont der Autor, dass das Modell in der Praxis der klinischen Medizin wie in der medizinischen Forschung und der Ausbildung bisher keinen allzu grossen Einzug gehalten hat. Dennoch wird in medizinisch-psychiatrischen Settings (USA) sowie in psychosomatischen Kliniken in Deutschland das Modell angewandt (S. 610). Laut Adler ist es jedoch wichtig, dass das biopsychosoziale Modell auch in der somatischen Medizin mitberücksichtigt wird (S. 611).

Nicht nur von Vertretern der Medizin, sondern auch von jenen aus der Sozialpsychiatrie und der klinischen Sozialarbeit wird das biopsychosoziale Modell als relevant angesehen. Sommerfeld

et al. (2016, S. 84) sieht in diesem Modell beispielsweise eine Möglichkeit, "die soziale Ebene beziehungsweise die soziale Dimension von (psychischer) Krankheit/Gesundheit als relevante Dimension auszuweisen". Einer der häufigsten Kritikpunkte des biopsychosozialen Modells jedoch besteht darin, dass die einzelnen Ebenen (bio-, psycho-, sozio-) weitgehend unabhängig voneinander dargestellt werden und somit die spezifischen Beziehungen zwischen den einzelnen Systemebenen ungenügend beschrieben sind (Sommerfeld et al., 2016, S. 92). Das bedeutet, dass nach dem biopsychosozialen Modell von Engel die Zusammenhänge der verschiedenen Systeme und Ebenen nicht konkret beschrieben werden. Unbestritten bleibt also, dass die verschiedenen Ebenen aufeinander einwirken. Wie genau jedoch die höheren und tieferen Systeme aneinander gekoppelt sind wird von Engel selbst nicht beantwortet (Adler, 2009, S. 608). Gerade aus diesem Grund wurden und werden laufend Ansätze und Modelle weiterentwickelt, um genau diese Lücke zu füllen (Sommerfeld et al., 2016, S. 92). Beispielsweise gilt das Modell der Funktionalen Gesundheit der WHO als eine Weiterentwicklung des biopsychosozialen Modells (S. 93). Auch in der klinischen Sozialarbeit werden anhand der biopsychosoziale Perspektive Methoden weiterentwickelt, wie beispielsweise durch Pauls (2014).

4.1.3 Salutogenese: Ein neuer Blick auf die Gesundheit

Werden verschiedene Perspektiven auf Gesundheit und Krankheit beschrieben, so gehört die Salutogenese, gerade auch hinsichtlich des Wandels des Gesundheitsbegriffs seit der Nachkriegszeit und den 1960er und 70er Jahre, mit dazu. Im Gegensatz zu einer biomedizinischen und pathologisierenden Sichtweise beschreibt die Salutogenese laut Dollinger (2006, S. 173) die Entstehung (griechisch "genesis") der Gesundheit (latein "salus"). Somit stellt sie eine positiv konnotierte Perspektive auf Gesundheit dar, die Gesundheit und Krankheit nicht als Gegensätze betrachtet, sondern als ein Kontinuum (Pauls, 2013, S. 102-103). Dabei gilt Aaron Antonovsky als Begründer der Salutogenese. Der Stressforscher ging der Frage nach, wie Gesundheit trotz vielfältigen und dauerhaften Belastungen aufrechterhalten werden kann und entwickelte dabei die Salutogenese als resilienzorientiertes Erklärungskonzept (Dollinger, 2006, S. 173). In diesem spielen die generalisierten Widerstandsressourcen eine wichtige Rolle, um Stressoren entgegenzuwirken und gesund zu bleiben. Mögliche Beispiele für solche generalisierten Widerstandsressourcen sind beispielsweise Geld, Ich-Stärke, kulturelle Stabilität, soziale Unterstützung und Weiteres (Antonovsky, 1997, S. 16). Gerade ein hohes Mass an Kohärenzsinn ("sense of coherence" SOC), welcher auf der dauerhaften Erfahrung beruht, Belastungen erfolgreich zu bewältigen, stellt eine entscheidende Variable dar,

Widerstandsressourcen mobilisieren zu können und Stressoren zu trotzen (Dollinger, 2006, S. 179). Laut Antonovsky kann das Kohärenzgefühl mit seinen drei Dimensionen schliesslich wie folgt definiert werden:

“Das SOC (Kohärenzgefühl) ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, in welchem Ausmass man ein durchdringendes, andauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass 1. die Stimuli, die sich im Verlauf des Lebens aus der inneren und äusseren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; 2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; 3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen” (Antonovsky, 1997, S. 36).

Einerseits beinhaltet ein hoher Kohärenzsinn also, dass innere und äussere Reize im Leben als verstehbar wahrgenommen werden und somit die Umwelt nachvollziehbar und sinnvoll geordnet erscheint. Das ist die Dimension der Verstehbarkeit (Comprehensibility). Die zweite Dimension stellt die Handhabbarkeit (Manageability) dar. Diese beinhaltet die Überzeugung, mit Anforderungen aufgrund der eigenen Ressourcen umgehen zu können. In der Dimension der Bedeutsamkeit (Meaningfulness) wird das eigene Leben als sinnhaft und mit positiven Herausforderungen behaftet angesehen. Sie bildet eine emotionale und motivationale Ebene (Dollinger, 2006, S. 180).

Obwohl Antonovsky beim Zusammenhang des oben beschriebenen Kohärenzgefühls und Gesundheit vor allem an körperliche Gesundheit dachte, konnten laut Dollinger (2006, S. 181) in mehreren Studien signifikante Zusammenhänge des Kohärenzgefühls und psychischer Gesundheit festgestellt werden. Entgegen einer weitläufigen Wahrnehmung ging Antonovsky zudem nicht davon aus, dass Jede und Jeder individuell seine Gesundheit verbessern kann, sondern verwies durchaus auch auf die gesellschaftliche Bedingtheit von Belastungserleben und Bewältigung (S. 182). Aus diesem Grund weist Dollinger auch auf die Gefahr hin, im Rahmen einer salutogenetischen Perspektive die Selbstverantwortung der eigenen Gesundheit zu sehr zu betonen, ohne die nötigen Ressourcen dafür zur Verfügung zu stellen oder soziale Ungleichheiten zu berücksichtigen, wie dies zum Teil in aktuellen gesundheitspolitischen Entscheiden getan wird (S. 185). Obwohl die Gefahr der Verantwortungsabgabe besteht, können aus Sicht der Autorinnen der vorliegenden Bachelor-Thesis die Erkenntnisse aus der Salutogenese auch dafür genutzt werden, um im Rahmen einer in die medizinische Grundversorgung integrierten Sozialarbeit die Ressourcen beziehungsweise den Kohärenzsinn von Klientinnen und Klienten zu stärken und damit ihre Gesundheit zu fördern.

4.2 Interprofessionalität, Bildung und professionelle Identität

Da mit einer 'integrativen psychosozialen Beratung' in Hausarztpraxen eine interprofessionelle Zusammenarbeit notwendig wäre, werden in diesem Kapitel wichtige Konzepte und Faktoren für eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit aufgezeigt. Daher wird als erstes das Konzept der interprofessionellen Zusammenarbeit, nachfolgend Interprofessional Collaboration (ICP) genannt, sowie das Konzept der interprofessionellen Bildung, nachfolgend Interprofessional Education (IPE) genannt, erläutert. In einem dritten Schritt wird der Einfluss der professionellen Identität und deren Zusammenhang mit dem Studium der Sozialen Arbeit erklärt. Die Auswirkungen einer starken professionellen Identität und einer formellen sozialarbeiterischen Ausbildung werden zum Schluss mit der interprofessionellen Zusammenarbeit in Zusammenhang gebracht.

4.2.1 Interprofessional Collaboration (IPC)

Da für eine 'integrative psychosoziale Beratung' in Hausarztpraxen eine interprofessionelle Zusammenarbeit notwendig ist, wird in diesem Kapitel auf die Interprofessional Collaboration (ICP) und Education (IPE) eingegangen. Diese können als Bedingungen für eine gelingende 'integrative psychosoziale Beratung' gesehen werden. Unter Interprofessionalität versteht man im Allgemeinen die Zusammenarbeit verschiedener Professionen. Gemäss der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 2010) spricht man von Interprofessionalität, wenn Fachpersonen aus mindestens zwei verschiedenen Disziplinen und Professionen zusammenarbeiten und im Sinne der effizienten und effektiven Zusammenarbeit voneinander lernen und somit die Behandlungsergebnisse verbessern. Um Kooperationsprobleme zu vermeiden und um die Zusammenarbeit der verschiedenen Disziplinen zu optimieren, ist in den letzten Jahren in den USA das Konzept der Interprofessional Education (IPE) entstanden. Laut der WHO wird dann von Interprofessional Education gesprochen, „wenn Studierende von zwei oder mehreren Professionen von und miteinander lernen, um effektiv zusammenzuarbeiten und um die Wirkung der Behandlung zu verbessern“ (WHO, 2010). Bei der Interprofessionellen Zusammenarbeit (IPC) hingegen handelt es sich um den Prozess, bei dem unterschiedliche Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens zusammenarbeiten, um eine positive Auswirkung auf die Pflege und Behandlung von Patientinnen und Patienten sowie Klientinnen und Klienten zu bewirken. IPC beinhaltet regelmässige Verhandlungen und Interaktionen zwischen Fachleuten, die das Fachwissen und die Beiträge der verschiedenen Disziplinen schätzen und den Patientinnen und Patienten zur Verfügung stellen. Ungleichgewichte in der IPC können jedoch zu Problemen führen, wie beispielsweise Autoritätskonflikte,

eingeschränktes Verständnis der Rollen und Verantwortlichkeiten anderer oder professionelle Grenzziehungen bei der Versorgung von betroffenen Personen (Baker Lee-Egan, Martimianakis & Reeves, 2011; Reeves et al., 2001). Dieses Konzept der interprofessionellen Bildung wird im nächsten Kapitel genauer erläutert.

4.2.2 Interprofessional Education (IPE)

Die Bereitstellung einer effektiven und qualitativ hochwertigen Patientenversorgung ist eine komplexe Aufgabe. Sie verlangt von den Fachkräften im Gesundheits- und Sozialwesen eine effektive Zusammenarbeit. Untersuchungen deuten weiterhin darauf hin, dass die Zusammenarbeit zwischen diesen Fachleuten problematisch sein kann. Die interprofessionelle Bildung (IPE) bietet einen möglichen Weg, die interprofessionelle Zusammenarbeit und Patientenversorgung zu verbessern (Reeves, Perrier, Goldman, Freeth & Zwarenstein, 2013, S. 2). Dies konnten Reeves et al. in einem Narrativen Review aufzeigen. Gegenstand der Untersuchung waren die Auswirkungen einer interprofessionellen Bildung (IPE) auf die berufliche Praxis im Gesundheitswesen sowie deren Auswirkungen auf die Gesundheit von Patientinnen und Patienten und den erzielten Behandlungserfolg.

Die weit verbreitete Fürsprache und Umsetzung von einer interprofessionellen Bildung (IPE) spiegelt die Prämisse wieder, dass die IPE dazu beitragen wird, Gesundheitsdienstleistende mit den Fähigkeiten und Kenntnissen auszustatten, welche für eine kooperative Arbeitsweise erforderlich sind (CIHC 2019; Interprofessional Educ Collab Expert Panel 2019; WHO 2010). Die interprofessionelle Zusammenarbeit wiederum wird angesichts der Komplexität der gesundheitlichen Bedürfnisse der Patienten und der Bandbreite der Gesundheitsdienstleistenden und -organisationen als entscheidend für die Bereitstellung einer effektiven und effizienten Gesundheitsversorgung angesehen. Die interprofessionelle Zusammenarbeit wurde mit einer Reihe von Ergebnissen verknüpft, darunter Verbesserungen der Patientensicherheit und des Case Managements, die optimale Nutzung der Fähigkeiten der einzelnen Mitarbeitenden im Gesundheitswesen und die Bereitstellung besserer Gesundheitsdienste (Berridge et al., 2010; Reeves et al., 2010; Suter et al., 2012; Zwarenstein et al., 2000).

4.2.3 Professionelle Identität und Studium der Sozialen Arbeit

Gemäss Sommerfeld (2016, S. 13) braucht es zur Stärkung der Massnahmen der Sozialen Arbeit eine adäquate Kommunikation und Verteidigung von Seiten Sozialarbeitenden, bezüglich dessen, welche Kompetenzen und Fähigkeiten die Profession der Sozialen Arbeit mitbringt und beansprucht. Eine mangelnde Positionierung und Kommunikation sind laut Sommerfeld über

die Fähigkeiten und Zuständigkeitsbereiche der eigenen Profession sind mitunter relevante Faktoren, weshalb die Soziale Arbeit in der interprofessionellen Zusammenarbeit zu spät, mangelhaft oder gar nicht in den Behandlungsauftrag miteinbezogen wird. Die Soziale Arbeit führt demnach durch ihre oft unklare oder mangelnde Kommunikation in Bezug auf ihre diagnostischen und handlungstheoretischen Fähigkeiten und Kompetenzen zu einer selbstverschuldeten Fremdbestimmung (Bienz & Reinmann, 2004, S. 71). So verfügen Sozialarbeitende über ein Studium und Wissen, welches auf Professionalität abstellt. Den Sozialarbeitenden gelingt aber in der interprofessionellen Kommunikation dann nicht, dieses Wissen in Inhalte zu packen, welche anschlussfähige Konzepte herausbilden und für das Behandlungsteam klar verständlich sind.

Es gibt auch viele Indikatoren, welche darauf hinweisen, dass viele medizinische Fachpersonen zwar den Begriff des biopsychosozialen Modells kennen, dieses jedoch nicht genau in seiner Theorie verstehen. Insbesondere klinische Sozialarbeitende besitzen diesbezüglich oft das grösste Wissen darüber, welchen Stellenwert die soziale Dimension im menschlichen System, im Gesundheitsverständnis und im Behandlungsauftrag hat. Zur gleichen Zeit scheinen Sozialarbeitende aber nicht in der Lage zu sein, dieses Wissen zu kommunizieren und zu vertreten (Sommerfeld et al., 2008, S. 7). Weiter ist die Interprofessionelle Zusammenarbeit (vgl. Kap. 4.2.1) ein sozialer Prozess, in dessen Verlauf unterschiedliche Berufsgruppen im Hinblick auf die Lösung komplexer praktischer Probleme zusammenarbeiten, da die Mittel der beteiligten einzelnen Professionen alleine nicht zufriedenstellend die Problemlösung bearbeiten können. So führen ein interprofessionelles Lernen und kompetentes Kommunizieren untereinander zu einem besseren Verständnis für die anderen Professionen und gleichzeitig zu einer erhöhten Berufsmotivation sowie letztlich zu einer besseren Patientinnen- und Patientenzufriedenheit (Walkenhorst, 27.3.2015).

Nach Bosshard, Ebert & Lazarus (2007, S. 535 - 542) sind Sozialarbeitende verpflichtet, sich aufgrund der sich ständig verändernden und immer komplexeren sozialen Problemlagen auch laufend fort- und weiterzubilden, so dass sie den sich verändernden Erwartungen an psychosoziale Leistungen gerecht werden können (S. 535). Weiter erachten Bosshard et al. die Qualifizierung von Sozialarbeitenden mit entsprechenden Weiterbildungen als wichtig, damit eine Positionierung und Stärkung der klinischen Sozialarbeit im interprofessionellen und klinischen Behandlungsauftrag gefördert werden kann (S. 537). Eine solche Weiterbildung könnte beispielsweise eine sozialpsychiatrische, sozialpsychologische oder systemische Weiterbildung sein. In einem weiteren Schritt soll sich die klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit qualifizieren. Dies ist mit dem Anstreben von zusätzlich erworbenen

Kompetenzen durch postgraduale Studiengänge zu erreichen (S. 540) sowie durch die klare Positionierung der klinischen Sozialarbeit als Fachsozialarbeit, wie es beispielsweise in den USA seit 1978 als eigene spezialisierte Profession der Fall ist (S. 541).

Die Clinical Social Work (CSW) versteht sich als eine von der National Association of Social Work (NASW) anerkannte und eigenständige therapeutisch (mit)behandelnde, spezialisierte Profession. Dies kann sowohl im interprofessionellen klinischen Setting sein, aber auch ambulant und selbständig oder im Auftrag praktizierend. Das Mitspracherecht im interprofessionellen Behandlungsauftrag legitimiert sich dabei mit der arbeitsrechtlich im Register des Berufsverbandes geschützten und eingetragenen Lizenz als Clinical Social Worker. Dieser institutionell-rechtliche Schutz in Form einer Lizenz mit geschütztem Titel führt automatisch zu einer stärkeren Anerkennung und damit auch einer grösseren Mitsprache im interprofessionellen Behandlungsauftrag für die Behandlung der (psycho-)sozialen Dimension und des Verhaltens des Individuums in seinem System. Dazu sind dank der wissenschaftlichen Anerkennung der CSW als ‚therapierend-beratende Profession‘ die Leistungen von klinischen Sozialarbeitenden in den USA über die Krankenversicherung gedeckt. Diese Debatte und die Bemühungen der Sozialarbeitenden in Deutschland, sich als Experten für die psychosoziale Dimension zu positionieren, führten zur Einführung des Masterstudiengangs Klinische Sozialarbeit an der Fachhochschule Coburg. Der Studiengang orientiert sich am Profil und Entwicklungsstand der internationalen „Clinical Social Work“ (Bosshard et al., S. 541). Ziel dieser Erweiterung des Studiengangs mit einer möglichen Spezialisierung in Clinical Social Work für Deutschland ist, eine methodische soziale beziehungsweise psychosoziale Mitwirkung an der Fallarbeit und Behandlung zu verankern und zu legitimieren.

5 Forschungsmethodik

Im folgenden Kapitel wird die methodische Vorgehensweise des Studien-Reviews (Kap. 5.1) und der quantitativen Befragung Berner Hausärztinnen und Hausärzte (Kap. 5.2) erläutert. Als Abschluss wird in Kapitel 5.3 die Forschungsmethodik evaluiert und kritisch reflektiert.

Die Forschungsmethodik zur Beantwortung der Forschungsfrage „Inwiefern kann eine ‘integrative psychosoziale Beratung’ in Schweizer Hausarztpraxen zu einer ganzheitlichen Behandlung beitragen?“ und der Unterfragen (vgl. Kap. 1.3) orientiert sich am sogenannten sequentiellen ‚Mixed Methods’ Forschungsdesign (Kelle, 2014, S. 161). Anhand des ersten Empirie-Teils (Studien-Review) soll ein Beitrag zur Beantwortung der Unterfragen zur Prävalenz und Behandlung psychosozialer Probleme im Allgemeinen sowie zum Mehrwert der Sozialen Arbeit als Beitrag zu einer ganzheitlichen Behandlung in der medizinischen Grundversorgung geliefert werden. Weiter sollen die Voraussetzungen für eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit eruiert werden. Durch die quantitative Befragung können einerseits die Ergebnisse aus dem Studien-Review zu internationalen Studien mit Ergebnissen aus den Schweizer, beziehungsweise Berner Hausarztpraxen verglichen und dadurch die Transponierbarkeit geprüft werden. Andererseits trägt der zweite empirische Teil zur Beantwortung der Unterfragen zur Prävalenz und Behandlung psychosozialer Probleme in Schweizer beziehungsweise Berner Hausarztpraxen und zur Bewertung Berner Hausärztinnen und -ärzte bezüglich eines Bedarfs einer ‘integrativen psychosozialen Beratung’ bei.

5.1 Empirischer Teil I: Studien-Review

Im Rahmen eines Studien-Reviews werden Forschungserkenntnisse aus verschiedenen westlichen Länder (Europa und den USA) zum Auftreten und der Behandlung von psychosozialen Problemen in der medizinischen Grundversorgung sowie zu Voraussetzungen einer interprofessionellen Zusammenarbeit zusammengetragen und auf die Fragestellung hin - *inwiefern eine ‘integrative psychosoziale Beratung’ in Schweizer Hausarztpraxen zu einer ganzheitlichen Behandlung beitragen kann* - analysiert. Es sollen auf folgende Inhalte der eingangs dargestellten Unterfragen Antworten gefunden werden:

- Prävalenz von psychosozialen Problemen in der medizinischen Grundversorgung (allgemein in westlichen Ländern)
- Mehrwert der Sozialen Arbeit in der medizinischen Grundversorgung
- Voraussetzungen für eine gelingende ‘integrative psychosoziale Beratung’ und interprofessionelle Zusammenarbeit

Zur Durchführung des Studien-Reviews wurde eine Mischung des narrativen und systemischen Reviews als methodische Vorlage verwendet. Während der narrative Review aktuelle Studien zu einem bestimmten Thema zusammenfasst und einen umfassenden Überblick erlaubt, ohne im Vorfeld Auswahlkriterien für die ausgesuchte Literatur festzulegen (health news glossary, Website), werden bei einem systematischen Review verwendete Studien und Literatur systematisch durch vordefinierte Kriterien ausgesucht. Auch die Art der Auswertung der Literatur wird im Vorfeld klar definiert. Somit gelten Ergebnisse eines systematischen Reviews als objektiver und transparenter (Krause et al., 2015, 70). Zu den Charakteristiken eines systematischen Reviews gehören also eine systematische Literaturrecherche in Bezug auf eine Fragestellung, klar definierte Ziele mit im Voraus festgelegten Einschluss- und Ausschlusskriterien, eine reproduzierbare Methodik, die Erhebung des Verzerrungs-Risikos der verwendeten Literatur zur Überprüfung ihrer Validität und eine systematische Darstellung der Ergebnisse (S. 71). In der hier angewandten Mischform wurden wie bei einem systematischen Review im Vorfeld Suchbegriffe für die Literaturrecherche definiert. Diese wurden jedoch im Rahmen der Literaturrecherche weiter angepasst. Für eine höhere Transparenz werden die Suchkriterien weiter unten erläutert. Die Anzahl der zu bearbeitenden Studien beziehungsweise Journals wurde eingangs aufgrund des für die Bachelorarbeit zur Verfügung stehenden Zeitrahmens festgelegt. Die Auswertung der Literatur wurde zwar systematisch vorgenommen. Sie entspricht jedoch nicht den Ansprüchen eines systematischen Reviews.

Im Rahmen der Bachelorarbeit wurden 20 Studien und Journals anhand der vordefinierten Suchbegriffe *Primary Care AND Social Work*, *General Practice AND Social Work* und der während der Suche hinzugezogenen Suchbegriffe *Integrated Health AND Social Work* und *Collaborative Care AND Social Work* durch das Suchinstrument *Google Scholar* herausgesucht. Um auch aktuelle Ergebnisse aus europäischen Länder zu erhalten (und nicht nur aus den USA), wurden zudem die Suchbegriffe *Primary Care AND Social Work AND [europäisches Land]* verwendet. Bis auf eine Ausnahme wurde Literatur ab dem Jahr 2000 ausgewählt. Ziel der getroffenen Auswahl war es, einen ausgewählten Auszug der internationalen Literatur und Studien über die Prävalenz und die Behandlung von psychosozialen Problemen in der medizinischen Grundversorgung darzulegen. Die Studien (n=18) und wissenschaftlichen Artikel (n=2) wurden in einer Tabelle zusammengefasst und anschliessend auf ihre Inhalte hin nach den verschiedenen Themenfeldern analysiert. Diese Themenfelder waren Prävalenz psychosozialer Probleme in der medizinischen Grundversorgung, aktuelle Bearbeitung psychosozialer Probleme (durch Ärztinnen und Ärzte sowie durch Sozialarbeitende), notwendige Kompetenzen von Sozialarbeitenden & Mehrwert der Sozialen Arbeit, Rolle &

Funktion von Sozialarbeitenden in der medizinischen Grundversorgung, Auswirkungen sozialarbeiterischer Interventionen sowie Voraussetzungen einer interprofessionellen Zusammenarbeit.

Der Studien-Review stellt aufgrund der fehlenden Studien zur Prävalenz und Behandlung von psychosozialen Problemen in der Schweiz einen wichtigen Referenzrahmen dar und soll anhand seiner Ergebnisse aufzeigen, ob eine grundsätzliche Prävalenz psychosozialer Probleme in der medizinischen Grundversorgung westlich geprägter Länder auf eine Notwendigkeit einer 'integrativen psychosozialen Beratung' in Hausarztpraxen hinweist.

Anhand dargestellter Beispiele bereits vorhandener multidisziplinärer Teams und sozialarbeiterischen Interventionen und Programme in der medizinischen Grundversorgung können zudem Hinweise auf den Mehrwert von der Sozialen Arbeit sowie mögliche Aufgabenfelder und Rollen von Sozialarbeitenden eruiert werden. Ausserdem können Voraussetzungen und Herausforderungen für eine interprofessionelle Zusammenarbeit erörtert werden. Diese Ergebnisse werden in der Diskussion mit den Ergebnissen aus der in Kapitel 5.2 dargestellten quantitativen Befragung von Berner Hausärztinnen und -ärzten gegenübergestellt. Auf diese Weise soll schliesslich diskutiert werden, ob die Ergebnisse aus den internationalen Studien auf den Kontext Berner Hausarztpraxen mehrheitlich übertragbar sind.

5.2 Empirischer Teil II: Quantitative Befragung

Der zweite empirische Teil der quantitativen Befragung Berner Hausärztinnen und -ärzte soll in der abschliessenden Diskussion den Erkenntnissen aus dem Review der internationalen Forschung gegenübergestellt werden und damit die Transponierbarkeit der Ergebnisse aus dem Review auf die Schweiz bekräften oder entkräften. Andererseits soll die Befragung aufzeigen, inwiefern Schweizer beziehungsweise Berner Hausarztpraxen Interesse an einer spezifischen fachlichen Behandlung psychosozialer Probleme durch Sozialarbeitende haben. In einem weiteren letzten Schritt soll die Resonanz und Bereitschaft eines interdisziplinären Hausarztmodells bei den befragten Berner Hausarztpraxen ermittelt werden.

Für die Befragung wurde eine Stichprobe von Hausarztpraxen im Kanton Bern definiert. Der Kanton Bern erschien als geeignet für die Stichprobe, zumal es ein zweisprachiger Kanton (Seeland sowie rund um das Berner Jura) mit Landregionen, Agglomeration und Städten ist. Weiter grenzt der Kanton Bern an französischsprachige und deutschsprachige Kantone an, was diverses Klientel und möglicherweise auch Kulturen und somit auch unterschiedliche Einflüsse und psychosoziale Probleme mit sich bringt. Die quantitative Befragung der Berner Hausarztpraxen erfolgte mittels einem Umfragelink von der ILIAS der Universität Bern (www.ilias.unibe.ch), welcher den Hausärztinnen und Hausärzten zugesandt wurde. Die

Hausarztpraxen im Kanton Bern wurden vorgängig angeschrieben und darum gebeten, im Rahmen der Bachelor-Thesis an der Umfrage teilzunehmen. Mit der Bitte um Teilnahme wurden von uns persönlich 87 Hausarztpraxen aus dem ganzen Kanton Bern angeschrieben. Die angeschriebenen Praxen wurden auf der Adressensuch-Webseite www.local.ch unter den Suchbegriffen "Allgemeinmedizin und Hausarztpraxis" im Kanton Bern von den Autorinnen randomisiert aus dem Berner Adressenverzeichnis herausgesucht und, wenn vorhanden, per E-Mail um Teilnahme angefragt. Einen zweiten Teil potentieller Teilnehmende erreichten wir durch eine Rundmail von Dr. med. Michael Fricker, Vorstandsbeisitzer im Ärztlichen Bezirksverein Biel-Seeland, welcher seeländische Hausärztinnen- und -ärzte direkt mit dem Umfragelink, am 12. Oktober 2019, um Teilnahme bat. Zur vorgängigen Anfrage mit Bitte um Teilnahme wurde ein Abstract beigelegt, aus dem ersichtlich war, worum es in der Bachelor-Thesis geht und was mögliche abgedeckte Themenbereiche in der Befragung sind. Da das Abstract Engel's Biopsychosoziales Modell erwähnt, wurde als Beilage ein wissenschaftliches Journal von Prof. dr. med. Adler, emeritierter Professor der Humanmedizin an der Universität Bern, angehängt. Der Titel des Journals lautet *Engler's biopsychosocial model is still relevant today (2009)*.

Mittels eines standardisierten Fragebogens sollte die Prävalenz psychosozialer Probleme sowie die interne oder externe Behandlung psychosozialer Probleme im Rahmen der hausärztlichen Behandlung eruiert werden. Dabei wurden drei Typen von Fragen verwendet. Für geschlossene Fragen zur Messung der persönlichen Einstellung der Befragten wurde die in der empirischen Sozialforschung häufig anzutreffende fünfstufige, ordinal skalierte Likert-Skala (Likert, 1957) verwendet. Weiter wurden dem Fragebogen zwei Fragen mit Mehrfachantworten hinzugefügt. Am Schluss wurde den Befragten zudem noch die Möglichkeit gegeben, mittels offenem Antwortfeld eine frei formulierte Rückmeldung oder Meinung zur Thematik kundzugeben.

Die gestellten Fragen in der quantitativen Befragung basieren auf dem institutionellen und theoretischen Rahmen sowie auf einem Grossteil der Erkenntnisse zum internationalen Studien-Review (Kapitel 6.1). Die quantitative Auswertung der Forschungsergebnisse wurde anschliessend numerisch aufbereitet und grafisch dargestellt, interpretiert, mit dem qualitativen empirischen Teil verglichen und in möglichen Zusammenhang gebracht sowie diskutiert. Der mittels Umfragelink der ILIAS Plattform von der Universität Bern versendete Fragebogen enthielt schliesslich folgende zwölf Fragen (siehe auch Anhang 1):

f1. Art psychosozialer Probleme

Mit welchen psychosozialen Faktoren werden Sie in der Praxis öfters konfrontiert? Es sind Mehrfachantworten möglich.

Die erste Frage diente dazu, die häufigsten psychosozialen Probleme bei Patientinnen und Patienten in den befragten Hausarztpraxen zu eruieren. Dafür wurden mehrere psychosoziale

Probleme zur Auswahl angeboten. Teilnehmende konnten Mehrfachantworten, also mehrere psychosoziale Probleme, die sie bei ihren Patientinnen und Patienten wiederkehrend beobachten, auswählen. Mit dieser Einstiegsfrage wollten die Autorinnen der vorliegenden Bachelor-Thesis einerseits herausfinden, welche psychosozialen Probleme wiederholt auftreten und mögliche Begleitsymptome beim Aufsuchen der Hausarztpraxen von Patientinnen und Patienten darstellen. Andererseits wurde diese Frage aus Sicht der Autorinnen strategisch gewählt. Mit dem Aufzeigen möglicher psychosozialer Probleme, welche mit Fachwissen und Methoden der Sozialen Arbeit behandelt werden können, wurde den Befragten gleich zu Beginn aufgezeigt, was die Autorinnen unter psychosozialen Problemen verstehen, was in die Zuständigkeit der psychosozialen Beratung gehören könnte und somit im Kompetenzbereich der 'integrativen psychosozialen Beratung' liegen könnte. Somit hatte die Wahl dieser Frage auch einen aufklärenden Charakter, um Hausärztinnen- und Ärzten aufzuzeigen, was die Soziale Arbeit kann, wenn diese fachlich und methodisch korrekt in die Praxis umgesetzt wird.

f2. Prävalenz psychosozialer Probleme in Hausarztpraxen

Wie viele Patientinnen und Patienten in Ihrer Praxis bringen durchschnittlich nebst somatischen Beschwerden auch psychosoziale Probleme mit?

Da die Erkenntnisse aus dem qualitativen Review internationaler Studien und wissenschaftlicher Journals eine allgemein in westlichen Ländern eher hohe Prävalenz psychosozialer Probleme in der medizinischen Grundversorgung aufzeigen konnte, aber auch die aktuelle Literatur Hinweise auf eine Komorbidität psychosozialer Faktoren und somatischer Beschwerden aufweist, wollten die Autorinnen mit dieser Frage der Prävalenz psychosozialer Probleme in Schweizer Hausarztpraxen als Teil der ambulanten medizinischen Grundversorgung in der Schweiz, respektive in deren zweitgrössten Kanton, nachgehen. Die Likert-Skala wurde hierbei mit einer Abstufung von jeweils 20 Prozent (also "80%-100%", "60%-80%", etc.) angewendet.

f3. Behandlung psychosozialer Probleme durch Ärztin oder Arzt

Liegen psychosoziale Probleme vor, werden diese durch Sie oder Ihre Ärzte-Kolleginnen- und Kollegen in der Praxis mitbehandelt.

Mit dieser Frage beabsichtigten die Autorinnen herauszufinden, ob die befragten Ärztinnen und Ärzte die psychosozialen Probleme ihrer Patientinnen und Patienten selbst mitbehandeln. Damit soll die Erkenntnis aus dem Studien-Review aufgenommen werden, dass Ärzte sich zwar grundsätzlich für die Erkennung und Behandlung psychosozialer Probleme bei ihren Patientinnen und Patienten zuständig fühlen, jedoch vermehrt auch zusätzliche Unterstützung anfragen (siehe hierzu auch Kapitel 6.1.2.2).

f4. Behandlung psychosozialer Probleme durch Fachpersonen der Disziplin Soziale Arbeit

Liegen psychosoziale Probleme vor, werden die Patientinnen und Patienten an eine geeignete Fachperson der Sozialen Arbeit (Bachelor oder Master of Science/Art in Social Work) überwiesen.

Mit dieser Frage beabsichtigten die Autorinnen herauszufinden, ob die befragten Ärztinnen und Ärzte die Mitbehandlung der psychosozialen Probleme ihrer Patientinnen und Patienten zwar allenfalls selbst erkennen, jedoch ihre Patientinnen und Patienten an eine Fachperson der Sozialen Arbeit überweisen, mit der sie eine regelmässige (formelle oder informelle) interdisziplinäre Zusammenarbeit pflegen. Wie die Zusammenarbeit räumlich stattfindet, wird in der Frage bewusst offengelassen.

f5. Zusammenarbeit mit anderen Fach- und Beratungsstellen

Betroffene Patientinnen und Patienten werden an externe Sozialarbeitende/Fachpersonen folgender Beratungsstellen überwiesen (Aufzählung wichtigster Fach- und Beratungsstellen).

Inwiefern Hausärztinnen und -ärzte bereits mit anderen Fachstellen zusammenarbeiten, an die sie von psychosozialen Problemen betroffene Patientinnen und Patienten überweisen können, stand im Fokus dieser halboffenen Frage mit Mehrfachantworten. Im Rahmen der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten wurden absichtlich Fach- und Beratungsstellen gewählt, welche unter anderem auch Sozialarbeitende beschäftigen. Damit beabsichtigten die Autorinnen wie bei der ersten Frage (vgl. f1.) zugleich Aufklärungsarbeit bei den Hausärztinnen und -ärzten zu betreiben, über welche Kompetenzen Sozialarbeitende verfügen und wo diese ausserhalb der klassischen Sozialdienste vorzufinden sind. Basis der Bestrebungen der Autorinnen der vorliegenden Arbeit, Hausärztinnen und -ärzte bei der Befragung zugleich über die Kompetenzen und möglichen Zuständigkeitsbereiche von zukünftigen Sozialarbeitenden aufzuklären, ist die eigene professionelle Identität (vgl. dazu auch Kap. 4.2.3). Des Weiteren beschränkt sich die Auswahl an Institutionen nur auf die bekannteren, eher mittleren bis grösseren sowie durch kantonale Beiträge unterstützten und daher auch anerkannten Institutionen.

f6. Interdisziplinäres Hausarztpraxis-Modell

Ein interdisziplinäres Modell Hausärzte-/Sozialarbeitende würde durch die verbesserte Mitbehandlung psychosozialer Probleme zu einer ganzheitlicheren und nachhaltigeren Behandlung der Patientinnen und Patienten führen.

Ziel dieser Frage war es, herauszufinden, ob die befragten Hausärztinnen und -ärzte die Mitbehandlung psychosozialer Probleme durch Sozialarbeitende als notwendig erachten, damit eine ganzheitliche und nachhaltige Behandlung erfolgen kann. Damit wurde auf die Hauptforschungsfrage der vorliegenden Arbeit abgezielt, wobei in der Frage absichtlich auf ein interdisziplinäres Hausarztmodell verwiesen wurde, welches von einem Team aus sowohl Sozialarbeitenden als auch Ärztinnen und Ärzte geführt werden würde. Weil die Autorinnen der vorliegenden Bachelor-Thesis bei einer 'integrativen psychosozialen Beratung' von einer engen Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden ausgehen, nicht jedoch lediglich von einem Verweis auf mögliche entsprechende Fach- und Beratungsstellen aus ärztlicher Sicht an die Patientinnen und Patienten, beschränkte sich die Frage auf das Modell der engen Zusammenarbeit.

f7. Interdisziplinäres Hausarztpraxis-Modell als Entlastungsfaktor

Eine Zusammenarbeit und Unterstützung durch qualifizierte Sozialarbeitende mit einer 'psychosozialen Beratung' würde Sie und Ihre Ärztekolleginnen- und Kollegen in der Praxis entlasten.

Ziel dieser Frage ist nicht, wie bei der vorangehenden, herauszufinden, ob die befragten Hausärztinnen und -ärzte die Mitbehandlung psychosozialer Probleme als notwendig erachten, damit eine nachhaltige und ganzheitliche Behandlung erfolgen kann. Stattdessen sollte eruiert werden, ob die befragten Hausärztinnen und -ärzte eine solche interdisziplinäre Zusammenarbeit mit qualifizierten Sozialarbeitenden in Hausarztpraxen auch als eine Entlastung empfinden. Die Frage greift die Erkenntnis aus dem Studien-Review auf, wonach in diversen ausländischen Studien zum Vorschein gekommen ist, dass Ärzte und Ärztinnen die Unterstützung durch Sozialarbeitende begrüßen würden (und dies auch als Entlastung, sowohl zeitlich als auch fachlich, wahrnehmen würden). Auf der anderen Seite wurde in den analysierten Journals auch die Befürchtung geäußert, dass eine Zusammenarbeit zu viel Zeit benötigen würde. Diese Frage erachten die Autorinnen der vorliegenden Bachelor-Thesis deshalb als wichtig, weil sie die Meinung vertreten, dass Ärztinnen- und Ärzte ohne entsprechendes Studium in Soziale Arbeit, Sozialpsychologie oder Ähnliches, grundsätzlich nicht über alle notwendigen methodisch-theoretischen Vorkenntnisse verfügen, um psychosoziale Probleme und deren Zusammenhänge mit anderen Lebensbereichen anamnestisch ganzheitlich zu erfassen und zu behandeln. Die Resultate dieser Frage sollen somit auch aufzeigen, ob die Befragten über ein Bewusstsein darüber verfügen, dass die Profession der Medizin allenfalls nicht über abschliessend idealen sozial-anamnestischen, theoretisch-methodischen Voraussetzungen für die Behandlung der komplexesten psychosozialen Problembilder verfügen und sie je nach Fallkonstellation fachlich gesehen an ihre Grenzen stossen.

f8. Hausarztpraxis Jahre

Seit wie vielen Jahren besteht Ihre Hausarztpraxis? (Bitte Anzahl Jahre eingeben)

Bei der Frage nach der Anzahl Jahre des Bestehens der Hausarztpraxis wollen die Autorinnen der vorliegenden Bachelor-Thesis mögliche Erkenntnisse über einen Zusammenhang zwischen Umgang/Mitbehandlung psychosozialer Probleme und Alter der Praxen gewinnen. Die Resultate davon sollen aufzeigen, ob Praxen, welche seit einem oder mehreren Jahrzehnten bestehen, besser mit externen sozialen Institutionen vernetzt sind als jüngere Praxen und Befragte aus länger bestehenden Praxen die Mitbehandlung psychosozialer Probleme durch qualifizierte Sozialarbeitende im Rahmen einer interdisziplinären Zusammenarbeit mehr oder weniger befürworten als Befragte aus jüngeren Praxen.

f9. Hausarztpraxis Lage

Wo liegt Ihre Praxis?

Die Lage der Praxis erschien den Autorinnen der vorliegenden Bachelor-Thesis deshalb als wichtig, weil in ländlichen Gegenden oder auf dem Land weniger soziale Institutionen über Fach- und Beratungsstellen verfügen als in der Stadt und Agglomeration. Folglich haben auch Patientinnen und Patienten auf dem Land oder in ländlichen Gegenden weniger Fach- und Beratungsangebote in psychosozialen Angelegenheiten sowie zusätzlich einen längeren Weg und somit eine höhere Hürde als diejenigen aus städtischen Gebieten, um entsprechende psychosoziale Institutionen aufzusuchen. Daher stellte sich den Autorinnen die Frage, ob die Hausarztpraxen, welche ländlich liegen, intern eine höhere Prävalenz psychosozialer Probleme bei Patientinnen und Patienten aufweisen und ob folglich auch eine höhere Mitbehandlung psychosozialer Probleme durch die behandelnden Hausärztinnen- und Ärzte erfolgt.

f10. Medizinstudium Abschlussjahr

In welchem Jahr haben Sie Ihr Studium abgeschlossen? (bitte das Jahr eingeben)

Mit dem Abschlussjahr des Studiums beziehungsweise dem Jahr der Approbation als Ärztin oder Arzt soll untersucht werden, ob es bei länger oder weniger lang praktizierenden Hausärztinnen und -ärzte einen Unterschied in der Hinsicht gibt, wie diese eine 'integrative psychosoziale Beratung' als Bestandteil einer ganzheitlichen Behandlung anerkennen. Weiter soll aufgezeigt werden, ob das Alter der befragten Ärztinnen und Ärzte einen Einfluss darauf hat, ob eine interdisziplinäre Arbeit eher als Entlastung eingeschätzt wird oder nicht. Mit den Erkenntnissen aus dieser Frage (respektive des Einflusses der unabhängigen Variable Alter) kann auch bestimmt werden, ob jüngere Ärzte sensibilisierter in Bezug auf die Problematik von psychosozialen Krankheitsbildern und Multimorbidität sind und auch eher bereit sind, in interprofessionellen Settings eine integrierte Behandlung zu ermöglichen.

f11. Medizinstudium Land/Ort

Wo haben Sie ihr Studium abgeschlossen? (bitte Land / Ort, in dem Sie Ihr Studium abgeschlossen haben, einfügen).

Der Ort des Medizinstudiums hat einen rein deskriptiven Charakter, um die Hetero- oder Homogenität der Ausbildungsländer in Berner Hausarztpraxen aufzuzeigen, da davon ausgegangen wird, dass die befragten Ärztinnen und Ärzte mehrheitlich in der Schweiz studiert haben. Die Teilnehmenden sind jedoch alle mit Sicherheit in der Schweiz als Hausärztinnen und -ärzte tätig. Alle Teilnehmenden wurden im Voraus persönlich angefragt und arbeiten in registrierten Hausarztpraxen im Kanton Bern.

f12. Was ich noch sagen wollte

Hier dürfen Sie bei Bedarf sehr gerne Anmerkungen, Anregungen und Gedanken Ihrerseits anmerken.

Die letzte Frage stellt eine Plattform dar, um den Hausärztinnen und -ärzte eine Möglichkeit zu bieten, nebst den vorgegebenen Fragen eigene Anmerkungen, Kritik, Gedanken und

Anregungen anbringen zu können. Des Weiteren können damit mögliche wichtige Inputs oder Erkenntnisse erzielt werden und allenfalls Anknüpfungspunkte für künftige Forschungsarbeiten zu diesem Thema identifiziert werden.

5.3 Evaluation der Methodik

Bevor die Resultate in Kapitel 6 und 7 dargestellt, interpretiert und diskutiert werden, gilt es, die gewählte Methodik kritisch zu beurteilen, um Nachteile und Risiken, aber auch Stärken der Methodenauswahl in der Auswertung der Ergebnisse angemessen berücksichtigen zu können.

5.3.1 Studien-Review

Die Forschungsfrage soll wie oben erwähnt durch einen zweiteiligen Methodenmix beantwortet werden. Der erste Teil setzte sich dabei aus einer Mischform eines narrativen und eines systematischen Reviews zusammen. Aufgrund der eingeschränkten Anzahl an ausgewerteten Studien und Journals und der nur halb strukturierten Literaturrecherche und -auswertung können die Resultate nicht als abschliessend betrachtet werden. Anders als bei einem systematischen Review wurden keine genauen Ein- und Ausschlusskriterien für die Literatúrauswahl vorab definiert, sondern anhand der aus den Unterfragen abgeleiteten Themenfelder (siehe Kap. 5.2) ausgewählt und anschliessend eingehend analysiert. Um eine möglichst hohe Transparenz sicherzustellen, werden die verwendeten Suchbegriffe jedoch in der vorliegenden Arbeit offengelegt. Gerade bei wissenschaftlichen Suchmaschinen wie *Google Scholar* besteht die Gefahr, dass durch die Suchmaschine bereits eine Vorauswahl mit relevanten Suchergebnissen getroffen worden ist und somit eine objektive und umfassende Suche leicht eingeschränkt ist. Dieser Problematik wurde mit mehreren Suchläufen und verschiedenen Suchbegriffen sowie der Verwendung unterschiedlicher Metaquellen begegnet.

Als weiterer Kritikpunkt kann genannt werden, dass die ausgewertete Literatur sehr breit ist und sich auf verschiedene europäische Länder und die USA samt den unterschiedlichen gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Kontexten sowie auf deren verschiedenen Modelle der medizinischen Grundversorgung beziehen. So werden im Studien-Review sowohl ambulante als auch stationäre Beispiele der medizinischen Grundversorgung behandelt.

Nichtsdestotrotz bietet der erste empirische Forschungsteil einen umfangreichen Überblick zu Prävalenz und Behandlung von psychosozialen Problemen in der medizinischen Grundversorgung verschiedener, westlich geprägten Länder sowie zum Mehrwert von Sozialarbeitenden hinsichtlich einer ganzheitlichen Behandlung. Ausserdem wird aus verschiedenen Erhebungen in anderen Ländern und Gesundheitssystemen auch deutlich, welches die Voraussetzungen interprofessioneller Zusammenarbeit sind. Weiter stellt der

Review einen wichtigen Referenzrahmen dar, da für die Schweiz solche Studien zur Prävalenz psychosozialer Probleme und deren Behandlung weitgehend fehlen. Anhand der quantitativen Befragung können die Ergebnisse des ersten Empirie-Teils im Kontext Berner Hausarztpraxen diskutiert werden und somit die Übertragbarkeit der Erkenntnisse aus den ausländischen Erhebungen be- oder entkräftet werden.

5.3.2 Quantitative Befragung

Nebst den allgemeinen Vorteilen der quantitativen Befragung als Forschungsmethode, wie der Tatsache, dass Meinungen und Einstellungen von Menschen relativ direkt und statistisch messbar erfasst und ausgewertet werden können, gibt es auch einige Limitationen dieser Methode. Zwar ermöglicht die Befragung mittels standardisiertem Fragebogen eine hohe Streuung potentiell unterschiedlicher Ergebnisse. Zudem kann mit der Methode ein sehr breites Spektrum an Fragen abgedeckt werden, währenddem qualitative Methoden eher in die Tiefe gehen. Weiter ermöglicht ein standardisierter Fragebogen natürlich auch das Abschätzen von Merkmalsverteilungen. Demgegenüber steht die Problematik, dass der oder die Interviewende keinen Einfluss auf die Befragten hat, bis diese die Antwort eingereicht haben.

Damit setzt eine erfolgreiche Umsetzung einer quantitativen Befragung voraus, dass die Fragen eindeutig, verständlich und neutral formuliert sind. Diesen Anforderungen wurde Rechnung getragen, indem die Fragen vor dem Versand an die Ärztinnen und Ärzte von mehreren unabhängigen Personen im Rahmen eines Pre-Tests in Anlehnung an Weichbold (2014, S. 300) durchgesehen wurden und auch der gesamte Fragebogen von zwei Testpersonen beantwortet wurde. Die dabei identifizierten Verständnisprobleme konnten für die definitive Version behoben werden. Eine weitere Schwierigkeit bei schriftlichen Befragungen ist, dass die Forschenden keine Kontrolle über den Rücklauf haben. Trotz der Tatsache, dass fast 90 Ärzte direkt angeschrieben wurden und weitere Ärzte auf die Umfrage aufmerksam gemacht wurden, war der Rücklauf letztlich doch deutlich tiefer. Schliesslich konnte jedoch trotzdem eine valable Stichprobengrösse erreicht werden, was angesichts der zeitlichen Belastung vieler Ärztinnen und Ärzte und der eng definierten Population keine Selbstverständlichkeit ist.

Bezüglich der Stichprobe stellt sich natürlich die Frage, inwiefern diese überhaupt repräsentativ ist. Es handelt sich um ein sogenanntes Convenience-Sampling (Akremi, 2014, S. 272). Bei einer solchen Stichprobenziehung haben die Forschenden wenig Einfluss auf die Zusammensetzung der endgültigen Stichprobe. Durch das direkte Anschreiben im Voraus besteht deshalb die Gefahr, dass durch diese sich selbst generierende Stichprobe vor allem jene Ärztinnen und Ärzte den Fragebogen ausfüllen, welche sich schon vor der Befragung

intensiv mit dem Thema auseinandergesetzt haben und ein entsprechendes Interesse fürs behandelte Thema mitbringen. Die Autorinnen versuchten durch direktes Anschreiben und offene Kommunikation ihrer Absichten jedoch, ein möglichst breites Spektrum an Hausärztinnen und -ärzten zur Beantwortung zu bewegen. Aus den breit gestreuten Resultaten der quantitativen Befragung geht schliesslich auch hervor, dass ein solcher Beantwortungs-Bias eher gering ausfiel (siehe Kapitel 6.3).

In Bezug auf die anschliessende Evaluation der Ergebnisse muss zudem bei einzelnen Fragen ein weiteres Bias der Befragten mitberücksichtigt werden. So ergibt sich ein solches Risiko insbesondere bei der Frage danach, ob Ärzte und Ärztinnen psychosoziale Probleme auch selber mitbehandeln. Die Befragten könnten durch ihr eigenes Verständnis des Berufsbildes eines Hausarztes oder einer Hausärztin, das eine vollumfassende Behandlung verlangt, dazu angeregt sein, diese Frage zu positiv zu beantworten. Der Fokus auf Fachpersonen der Medizin als einzige befragte Profession bringt zudem die Gefahr mit sich, dass die Ergebnisse zu sehr aus einer Perspektive, derjenigen der Medizin, stammen. Die Autorinnen verweisen hierbei jedoch auf die starke, durch sie selber eingebrachte sozialarbeiterische Perspektive im sonstigen Rahmen der Arbeit, welche hierbei den Gegenpol zur Perspektive der Ärztinnen und Ärzte darstellt.

Letztlich kann gesagt werden, dass die Auswahl der Fragen und Antwortmöglichkeiten selbst eine potenzielle Limitation der Forschungsmethodik darstellen. So wurde keine genaue Befragung dazu vorgenommen, welche Aufgaben die Soziale Arbeit denn im Rahmen einer interprofessionellen Zusammenarbeit genau übernehmen könnte. Diese und ähnliche Fragen wurden bewusst nicht in den Fragebogen miteinbezogen, da hierfür auch bereits Erkenntnisse aus dem Review bestanden. Zudem weisen in diesen Belangen die im Studien-Review porträtierten anderen Länder keine wesentlichen Unterschiede zur Schweiz auf. Weiter würde eine umfassende Befragung der möglichen Einsatzfelder von Sozialarbeitenden den Rahmen dieser Arbeit sprengen, weshalb der Fragebogen mit zwölf Fragen letztlich als ausreichend für die Zwecke dieser Arbeit eingestuft wurde.

Abschliessend kann gesagt werden, dass die Autorinnen eine hohe Sensibilisierung für die Gefahren und Limitationen einer quantitativen Befragung aufwiesen und dies bei der Auswertung der Ergebnisse entsprechend berücksichtigt wird.

6 Auswertung der Resultate: empirische Teile I & II

Im folgenden Kapitel werden die Resultate sowohl des Studien-Reviews (Kapitel 6.1) als auch von der quantitativen Befragung Berner Hausärztinnen und -ärzte (Kapitel 6.3) dargestellt und zusammengetragen. Als Zwischenstück der beiden Empirie-Teile werden im Kapitel 6.2 durch ein Zwischenfazit die Ergebnisse des Studien-Reviews nochmals zusammengefasst, um eine Gegenüberstellung mit den Ergebnissen aus der Befragung von Berner Hausärztinnen und Hausärzten zu vereinfachen.

6.1 Resultate Studien-Review

Zusammengetragen und analysiert wurden Forschungserkenntnisse aus verschiedenen westlichen Ländern zum Auftreten und zur Behandlung psychosozialer Probleme in verschiedenen Bereichen der medizinischen Grundversorgung. Innerhalb der Thematik der Behandlung psychosozialer Probleme durch Sozialarbeitende wird zusätzlich auf die verschiedenen Rollen und Funktionen von Sozialarbeitenden in interdisziplinären, respektive multidisziplinären Teamkonstellationen im Gesundheitswesen sowie auf die Auswirkungen ihrer sozialarbeiterischen Interventionen eingegangen. Im Ganzen wurden 18 Studien und 2 wissenschaftliche Journals aus acht verschiedenen Ländern zusammengetragen. Aus den USA wurden neun Studien und Journalartikel verwendet, aus Grossbritannien und Deutschland je drei und aus Italien, Irland, Kanada, Dänemark und den Niederlanden je eine. Während der Literaturrecherche fiel auf, dass viele aktuelle Studien und Journals aus den USA stammen, während einige europäische Studien aufgrund ihres Alters nicht für den Review verwendet wurden. Dies erklärt, dass Studien und Journals aus den USA fast die Hälfte der ausgewerteten Studien ausmachen. Bei den ausgewerteten Studien handelt es sich um elf quantitative und sechs qualitative Studien sowie ein quantitativ und qualitativ methodisch gemischtes Forschungsdesign. Die Studien und Journals stammen aus dem Zeitraum zwischen 2004 und 2019. Lediglich eine Studie ist älter als 20 Jahre. 16 der Studien wurden 2010 oder später publiziert. Davon wurden sieben Studien erst 2018 und 2019 veröffentlicht, was die Aktualität des Themas verdeutlicht.

Obwohl sich unsere Fragestellung mit dem Bezug zu den Hausarztpraxen auf ein ambulantes Setting innerhalb der medizinischen Grundversorgung bezieht, wurden Studien mit Beispielen zu unterschiedlichen Modellen der medizinischen Grundversorgung miteinbezogen. Mehrheitlich bezogen sich die Studien jedoch auf Hausarztpraxen oder vergleichbare ambulante Kliniken in den diversen Ländern. Teilweise wird aufsuchend gearbeitet d.h. dass Patientinnen und Patienten von Sozialarbeitenden in ihrem Zuhause besucht werden und

versucht wird, möglichst lange die Pflege im eigenen Daheim sicherzustellen. Dies war bei zwei Studien der Fall. Oft wurde auch auf eine gemeindebasierte oder zumindest gemeindenahere Arbeitsweise hingewiesen. Als miteinbezogene spezifische oder spezialisierte Settings können die Notaufnahme, Frauenarztpraxen und Behandlungen von Parkinson Patientinnen und Patienten genannt werden. Gerade bei den ausgewerteten Literaturreviews sowie bei mindestens 2 anderen Studien wurde der Fokus auf die primäre medizinische Grundversorgung im Allgemeinen gelegt. Für uns war dabei nicht klar nachvollziehbar, ob stationäre und ambulante Settings gleichermaßen miteinbezogen worden wurden. Weiter fiel auf, dass bei 11 Studien, also bei über der Hälfte der im Review verwendeten Studien von spezifischem, oft besonders vulnerablen Klientel die Rede war. So wurden Gesundheitssettings mit älteren Menschen oder mit Erwachsenen mit mehrfachen psychosozialen Belastungen, psychischen oder chronischen Erkrankungen (Ko- und Multimorbidität) fast in allen Studien thematisiert. Zwei der Studien widmeten sich zudem dem Phänomen von sogenannten *super utilizers / frequent attenders*, die durch ihre auffallend häufigen Arztkonsultationen oder Spitalaufenthalten trotz ihrer geringen Anzahl einen grossen Teil der medizinischen Behandlungen ausmachen.

Die zusammengetragenen Studien und wissenschaftlichen Artikel konnten anhand folgender Themengebiete im Hinblick zur Fragestellung kategorisiert werden:

- Prävalenz psychosozialer Probleme
- Bearbeitung psychosozialer Probleme (durch Ärztinnen und Ärzte, Gesundheitsberaterinnen, Sozialarbeitende)
- Interprofessionelle Zusammenarbeit
- Kompetenzen von Sozialarbeitenden / Mehrwert der Sozialen Arbeit
- Rolle & Funktion von Sozialarbeitenden
- Auswirkungen einer ganzheitlichen Behandlung durch Sozialarbeitende

Diese Themengebiete werden im Folgenden aufgegriffen und rekapituliert.

6.1.1 Resultate: Prävalenz psychosozialer Probleme

In den Studien von Jobst & Joos (2014) und Zimmermann et al. (2018) konnte aufgezeigt werden, dass Hausärztinnen und -ärzte in Deutschland regelmässig mit psychosozialen Problemen ihrer Patientinnen und Patienten konfrontiert werden. Jobst & Joos (2014, S. 500) erfassten bei einem Siebtel der von ihnen beobachteten Konsultationen die Thematisierung von sozialen, nicht-krankheitsbezogenen Faktoren. Dabei nahm diese bei fast einem Drittel der Konsultationen mehr als die Hälfte der Konsultationszeit ein. Bei der strukturierten teilnehmenden Beobachtung stellte sich weiter heraus, dass circa ein Drittel

der Hausärztinnen und -ärzte häufig mit psychosozialen Problemen konfrontiert werden (S. 501). Dabei handelt es sich vor allem um Schwierigkeiten im Beruf und der Ausbildung (25,6%), um Probleme innerhalb der Familie und der Partnerschaft (21,9 %) sowie um weitere soziale Probleme, wie beispielsweise der Tod oder die Krankheit eines Partners oder einer Partnerin (10,9%) oder sonstige soziale Problemlagen bezüglich der Wohnung, den Finanzen oder Rechtsfragen (S. 499). Auch Zimmermann et al. beschäftigen sich in ihrer Studie mit der Prävalenz von psychosozialen Problemen in Hausarztpraxen und dem Umgang damit. Bei ihrer Befragung stellte sich heraus, dass die befragten Hausärztinnen und -ärzte mindestens dreimal pro Woche mit folgenden sozialen Problemen konfrontiert werden (2018, S. 85): Armut (53,4%), Arbeit (43,7%), Einsamkeit (38,7%) und Beziehung (25,5%), sowie unter den Kategorien "Pflege", "Erkrankung", "Wohnung" und "Ausbildung" zusammengefasste Anliegen. Es fällt auf, dass in beiden Studien die Themen Arbeit sowie zwischenmenschliche Beziehungen häufig von den Patientinnen und Patienten thematisiert werden. Bei Zimmermann et al. sticht zudem das Thema Armut hervor, welches bei Jobst & Joos nicht so konkret benannt wurde. Es kann jedoch sein, dass diese Problematik auch bei anderen psychosozialen Faktoren hineinspielt.

Bereits Vedsted, Fink, Sørensen & Olesen (2004, S. 813, 816) sehen in ihrer Studie zu Behandlungsgründen von sogenannten *frequent attenders*⁵ soziale Beziehungen als eine wichtige Komponente. Sie begründen diese Konklusion damit, dass unverheiratete Männer eher zu den *frequent attenders* gehörten als verheiratete Männer. Auch wurde eine höhere Prävalenz bei *frequent attenders* erkannt, gegen ihren Willen allein zu sein oder sich allein zu fühlen. Zudem fiel auf, dass *frequent attenders* allgemein über eine tiefere körperliche, psychische und soziale Funktionsfähigkeit als der Bevölkerungsmedian verfügten. Neben körperlichen Symptomen gaben 23% bis 42% der Befragten an, unter einer oder mehreren psychischen Beeinträchtigungen zu leiden (S. 816).

In einer weiteren Studie von Bikson, McGuire, Blue-Howells & Seldin-Sommer (2009) mit Veteranen in vier verschiedenen Kliniken des ‚Veterans Affairs Greater Los Angeles Healthcare System‘ in Südkalifornien (USA) wurde zudem eine hohe Prävalenz von psychosozialen Problemen bei den befragten, überwiegend männlichen Patienten festgestellt. Laut der Studie gaben rund 85% der Befragten an, mindestens ein psychosoziales Problem zu haben. Im Schnitt nannten die Patienten fast fünf psychosoziale

⁵ *Frequent attenders* werden in der Studie von Vedsted et al. (2004, S. 816) definiert, als die im Zeitraum der letzten 12 Monate vor der Befragung am häufigsten behandelten 10% der Patientinnen und Patienten.

Probleme, die sie belasteten (S. 743). Zu den am häufigsten genannten Problemen zählten die persönlichen Finanzen und persönlicher Stress. Beide Faktoren wurden bei der Befragung sowohl von den Patienten (über 60%) wie auch den Ärztinnen und Ärzten (40-50%) genannt. Weitere Themenfelder sind Transport, Arbeit und Karriere, rechtliche Fragen, zu viel Zeit alleine oder Familienprobleme. Bis auf die Themenfelder der Alkohol- und Drogenabhängigkeit sowie zu benötigten Pflegeplätzen wurde von den Ärztinnen und Ärzten die Anzahl an Patienten mit den jeweiligen psychosozialen Problemen tiefer geschätzt als von den Patienten selbst benannt (S. 743). Dies passt zur Feststellung von Jobst & Joos (2014, S. 500), dass die Abgrenzung und Einordnung von psychosozialen Problemen in Hausarztpraxen nicht immer trennscharf erfolgen. So fiel die Wahrnehmung der Hausärztinnen und -ärzte in der Studie von Jobst & Joos (2014) bezüglich sozialer Probleme unterschiedlich aus. Lediglich ein Drittel der in der Untersuchung beobachteten Ärzte konnte soziale Probleme häufig erkennen. Betont wird weiter, dass aufmunternde Signale von Seiten der Ärzteschaft dazu beitragen können, von den Patientinnen und Patienten mehr über ihre psychischen und sozialen Probleme zu erfahren (S. 500).

6.1.2 Resultate: Behandlung psychosozialer Probleme durch Ärztinnen und Ärzte

Aus der Studie von Zimmermann et al. (2018, S. 88) zum Umgang der Ärztinnen und Ärzte in Hausarztpraxen in Hamburg und in Schleswig-Holstein mit psychosozialen Problemen ihrer Patientinnen und Patienten geht hervor, dass mehrheitlich nach pragmatischen Lösungen innerhalb der Praxen gesucht wird. Gleichzeitig zeigt die Befragung auf, dass ein grosses Interesse seitens der Ärztinnen und Ärzte daran besteht, von institutionalisierten Ansprechpersonen bei der Bearbeitung psychosozialer Probleme unterstützt zu werden. Die Autorinnen und Autoren nennen Interventionen zur integrierenden Nutzung ambulanter, psychosozialer Dienste, die von Pflege- sowie sozialpädagogischen Fachkräften geführt werden, als mögliche Ergänzung der hausärztlichen Versorgung. Als weitere Alternative wird die Möglichkeit eines integrierten Versorgungsmodells in Form einer Collaborative-Care-Intervention genannt, welche durch ein niederschwelliges Gesundheits- und Care-Management die Hausärztinnen und -ärzte im Umgang mit psychosozialen Problemen entlasten könnten. Zudem wird die Frage aufgeworfen, ob durch verbesserte Rahmenbedingungen des Arbeitsalltages von Hausärztinnen und Hausärzten, beispielsweise durch attraktive Vergütungsmodelle, Tandem-Versorgungsmodelle und

entsprechende Zeitkontingente, relevante soziale Problemlagen der Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden können (S. 88).

Auch Jobst & Joos (2014, S. 496) betonen die Wichtigkeit der Vermittlung von Patientinnen und Patienten mit psychosozialen Problemen an spezialisierte Beratungsstellen. Dabei spielt das Wissen der Ärztinnen und Ärzte um die lokalen sozialen Dienste und Wohlfahrtseinrichtungen eine zentrale Rolle für eine erfolgreiche Vermittlung. Die Verfasserinnen der Studie stehen zudem einer Medikalisierung psychosozialer Probleme kritisch gegenüber (S. 496).

Ein hohes Selbstverständnis bei der Mitbehandlung von psychosozialen Problemen konnte in einer deutschlandweiten Studie zur psychosozialen Beratung in Frauenarztpraxen aufgezeigt werden. Aus dieser geht hervor, dass sich grundsätzlich eine grosse Mehrheit der Gynäkologinnen und Gynäkologen (96%) für die Erkennung psychosozialer Probleme bei ihren Patientinnen zuständig fühlen. 74% konnten sich ausserdem vorstellen, Teil des sozialen Hilfesystems zur Abklärung und Prävention von Kindesgefährdung in Deutschland zu werden. Zusätzlich wurde in der Befragung von 85% eine Anbindung von sozialpädagogischem Fachpersonal gutgeheissen (Metzner, Siefert & Pawil, 2017, S. 165). Auch das Angebot einer Sprechstunde mit externer Sozialberatung erscheint attraktiv. Grundsätzlich kann gesagt werden, dass Frauenärztinnen und -ärzte mit weniger als 25 Jahren Berufserfahrung eher an Beratungsstellen weitervermittelten. Auch gewisse Spezialisierungen (im therapeutischen oder psychosomatischen Bereich) können zu einer grösseren Sensibilisierung bezüglich psychosozialer Belastungen führen (S. 168-169).

Für eine adäquate Bearbeitung psychosozialer Problemlagen durch dafür geschulte Fachleute spricht zudem auch der von Bikson et al. (2009, S. 744) in ihrer Studie erkannte Bedarf der Veteranen-Patienten an der Begleitung durch Sozialarbeitende. So gaben ungefähr ein Drittel der Patienten an, dass sie gerne eine Fachperson der Sozialen Arbeit sehen möchten. Je mehr psychosoziale Probleme vorlagen, desto höher war bei der Befragung die Wahrscheinlichkeit, dass der Wunsch nach sozialarbeiterischer Unterstützung genannt wurde (S. 744). Ähnliches wurde in der Studie von Zimmermann et al. (2018, S. 87) auf Seiten der Hausärztinnen und -ärzte festgestellt. So fiel auf, dass bei Hausarztpraxen mit hoher sozialer Problemhäufigkeit (vor allem bei den Themenfeldern Armut, Einsamkeit, Arbeit und Pflege) der Wunsch nach einer institutionalisierten Ansprechperson höher ausfiel als bei Praxen mit niedriger oder mittlerer Problemlast. Die gleiche Tendenz konnte beim Wunsch nach Vernetzungstreffen (vor allem bei Armut, Wohnung, Arbeit) sowie nach einer Hotline beziehungsweise Internetplattform zum Thema

Erkrankung oder Informationen per Brief, Mail oder Fax (Kultur, Einsamkeit und Pflege) erkannt werden. Zudem wird von Zimmermann et al. (2018, S 87) darauf hingewiesen, dass die soziale Problemhäufigkeit in Hausarztpraxen mit einem hohen Patientenaufkommen oder einem Anteil an Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund über 5% höher liegt als bei anderen Praxen. Aus Sicht der Autorinnen der vorliegenden Bachelor-Thesis kann diese Erkenntnis als Hinweis gesehen werden, dass Migrantinnen und Migranten einer erhöhten Mehrfachbelastung von psychosozialen Problemen ausgesetzt sind und somit, wie die oben genannten *frequent attenders* oder *super utilizers* auch, eine Risikogruppe bezüglich einer hohen Prävalenz psychosozialer Probleme darstellen. Im Rahmen eines ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses sollten aus Sicht der Autorinnen gerade auch komplexe psychosoziale Problemlagen von vulnerablen Bevölkerungsgruppen erkannt und behandelt werden, um sozialer Ungleichheit entgegenzuwirken. Im nächsten Kapitel wird deshalb darauf eingegangen, wie eine solche Mitbehandlung psychosozialer Probleme durch Sozialarbeitende aussehen kann und welche Rollen und Funktionen Sozialarbeitende dabei einnehmen.

6.1.3 Resultate: Behandlung psychosozialer Probleme durch Sozialarbeitende, Rollen und Funktionen

In verschiedenen westlich geprägten Ländern gibt es mehrere Beispiele von Sozialarbeitenden (und zum Teil psychotherapeutisch erfahrenem Pflegepersonal), die sich innerhalb der medizinischen Grundversorgung der Behandlung von psychosozialen Problemen widmen. Mehrere Beispiele aus den USA zeigen den Mehrwert von Sozialarbeitenden in der medizinischen Grundversorgung auf. Ein Beispiel dazu ist das Mount Sinai Visiting Doctors Program (MSVD), welches Reckrey et al. (2014) bei ihrer Studie zur Rolle und Bedeutung der Sozialarbeitenden innerhalb des interdisziplinären New Yorker Hauspflegeprogramm als Untersuchungsobjekt diente. Die Rolle der Sozialarbeitenden hat sich im MSVD-Programm seit seiner Gründung im Jahr 1995 deutlich erweitert (S. 334 - 335). Heute ist die Soziale Arbeit ein fester Bestandteil des Programms und seit 2006 gibt es eine Supervisionsstelle, die von einem Sozialarbeitenden geführt wird und das Ziel der Weiterentwicklung des Programmes verfolgt. Neben der Finanzierung der Sozialarbeitenden durch das Spital, werden Anteile an Arbeitsstellen zudem von Stiftungen und privaten Spenden übernommen und ermöglichen somit drei Vollzeitstellen und eine Koordinationsstelle für Sozialarbeitende innerhalb des Programms. Diese kümmern sich vor allem um die komplexen psychosozialen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten und helfen Letzteren sowie pflegenden Angehörigen dabei, mit ihren vielschichtigen,

chronischen Krankheiten umzugehen und Probleme, die eine hochwertige Versorgung behindern, proaktiv anzugehen. Sozialarbeitende im MSVD-Programm stellen zudem Zugang zu gemeinschaftlichen Ressourcen her und koordinieren die Pflege und Betreuung von Patientinnen und Patienten Zuhause (S. 335). Um die Bedürfnisse, Ressourcen und unterstützenden Netzwerke von Patientinnen und Patienten zu erheben, wurde zudem ein standardisierter Fragebogen für eine sozialarbeiterische Erstbewertung entwickelt. So soll das Assessment (die Fall-Einschätzung) von Sozialarbeitenden erleichtert werden (S. 336). Weitere Beispiele aus den USA zu sozialarbeiterischen Interventionen oder Programmen bilden das von Xiang, Zuverink, Rosenberg & Mahmoudi (2019) untersuchte Bridge Modell for Super Utilizers (Bridget-SU) und die vom Social Work und Community Health Department vom Rush University Medical Center bereitgestellten Collaborative Care Team unter der Leitung von Sozialarbeitenden für Patientinnen und Patienten mit Depressionen (Lahey, Ewald, Vail & Golden, 2019).

Der Begriff Super Utilizers beschreibt einen kleinen Teil der Bevölkerung (in den USA), der einen grossen Teil der Ressourcen im Gesundheitswesen beansprucht und trotz der genutzten Gesundheitsdienstleistungen einen schlechteren Gesundheitszustand und eine höhere Mortalitätsrate als andere Bevölkerungsgruppen hat. Oft gehören *super utilizers* verletzlichen Bevölkerungsschichten an und leiden an komplexen medizinischen und psychosozialen Problemen. Auch sie können unter das Phänomen der Multimorbidität gefasst werden (Xiang, 2019, S. 126). Das Bridge Model for Super Utilizers (Bridge-SU) wurde entwickelt, um den medizinischen und sozialen Bedürfnissen von *super utilizers* nach ihrem Spitalaustritt gerecht zu werden. Es ist eine sozialarbeiterisch basierte Intervention (S. 128). Sie wird von Sozialarbeitenden mit Masterstudiengang geleistet. Die Intervention ist auf sozialarbeiterischen Kompetenzen aufgebaut und nimmt auch psychosoziale Faktoren in den Blick. Das Programm besteht aus drei Kernkomponenten. Ein Bestandteil des Bridge-SU Programms bildet die biopsychosoziale Bedürfnisabklärung zum einen, und zum anderen die Integration psychotherapeutischer Methoden in Case Management- und Case Coordination-Tätigkeiten. Als dritten Bestandteil kann eine standardisierte Zusammenarbeit mit gemeinschaftsnahen, sozialen Dienstleistungserbringern gesehen werden. Je nach Bedürfnis der Patientinnen und Patienten kann die Begleitung innerhalb des Programmes bis hin zu einem Jahr andauern (S. 129).

Im dritten Beispiel geht es um das Social Work and Community Health Department vom Rush University Medical Center in Chicago. Das Departement ist für die Bearbeitung von psychosozialen Problemen der Patientinnen und Patienten sowie von Familien und

Gemeinschaftsmitglieder verantwortlich. Zudem bietet das Department auch die Care Coordination und Programme zur Förderung der psychischen Gesundheit an. Es sind über 30 Sozialarbeitende angestellt, die oft in Klinik internen Büros arbeiten (Lahey et al., 2019, S. 96). Es werden im The Rush jährliche Depressions-Screenings bei allen Patientinnen und Patienten durchgeführt. Von Depressionen Betroffene werden anschliessend ans Screening von einem Collaborative Care Team unter der Leitung von Sozialarbeitenden unterstützt (S. 96 – 97). Dabei handelt es sich um ein zentralistisch organisiertes Modell, in welchem die Sozialarbeitenden und psychiatrischen Fachpersonen (Psychiater) auf dem Campus des Medical Centers ansässig sind (S. 97). Die Sozialarbeitenden stellen den Erstkontakt zum Patient oder zur Patientin her und klären gemeinsam die Behandlungsmöglichkeiten ab. Die Sozialarbeitenden sind für die Koordination des individualisierten Care-Plans verantwortlich und stellen Zugang zu den benötigten Ressourcen und Behandlungsformen her. Zudem ist es Aufgabe der Sozialarbeitenden, soziale Faktoren, die sich negativ auf die psychische Gesundheit der Patientinnen und Patienten auswirken, anzugehen (S. 98-99).

Bereits Holden, Sagovsky & Cox (1989) konnten im europäischen Kontext aufzeigen, dass durch die Begleitung von Psychotherapie erfahrenem Personal die Behandlung von postnatalen Depressionen unterstützt und beschleunigt werden kann. Die Studie fand in Grossbritannien statt. Während acht Wochen wurden Frauen mit postnatalen Depressionen wöchentlich von speziell dazu geschulten Gesundheitsberaterinnen, sogenannten *health visitors*, besucht, die pro Besuch mindestens eine halbe Stunde eine psychologische Beratung mit den betroffenen Frauen durchführten. Kindsbezogene Themen wurden dabei separat besprochen (Holden et al. 1989, S. 224). Nach drei Monaten hatten sich 18 (69%) der 26 Frauen in der Behandlungsgruppe vollständig erholt, verglichen mit nur neun (38%) der 24 Frauen in der Kontrollgruppe. Der Unterschied zwischen den Gruppen betrug somit 32% (S. 223). Obwohl die Studie mittlerweile dreissig Jahre zurückliegt, können die Ergebnisse dennoch als relevant angesehen werden. Denn es konnte aufgezeigt werden, welche unterstützende Wirkung eine psychosoziale Beratung auf die Behandlung postnataler Depressionen haben kann. Die Studie kann zudem zusammen mit den anderen, oben dargelegten Beispielen, einen Hinweis dazu liefern, wie eine beratende Begleitung ihren Beitrag zur Heilung leisten kann.

Auch in den Niederlanden stellt laut der Studie von Magnée, de Beurs, de Bakker & Verhaak (2016, S.1) Pflegepersonal mit Expertise in psychischer Gesundheit (genannt *mental health nurses*) eine Unterstützung von Hausärztinnen und –ärzten dar. Zwischen

2010 und 2014 hat sich der Anteil von Hausarztpraxen mit solchen *mental health nurses* von 20% auf 83 % stark erhöht. Zudem konnte auch eine Zunahme von Patientinnen und Patienten mit psychischen und sozialen Problemen sowie eine allgemeine Zunahme an Beratungen pro Patientin und Patient festgestellt werden (S. 4). In Praxen mit einer Pflegefachperson für psychische Gesundheit werden ähnlich viele Konsultationen pro Person wie bei Hausarztpraxen ohne Fachpersonal für psychische Gesundheit erfasst. Laut der Studie werden jedoch mehr Patientinnen und Patienten mit psychischen oder sozialen Problemen durch die *mental health nurses* beraten. Ob diese Praxis den Bedarf beziehungsweise die Weitervermittlung an spezialisierter Behandlung vermindert, konnte jedoch noch nicht aufgezeigt werden (S. 9). Das Beispiel zeigt jedoch auf, dass in anderen europäischen Ländern bereits Massnahmen getroffen wurden, um psychosoziale Probleme in Hausarztpraxen zu behandeln und Hausärztinnen und -ärzte zu entlasten. Welche Rollen und Funktionen Sozialarbeitende dabei übernehmen können, soll untenstehend aufgezeigt werden.

Wie wir in den obigen Beispielen bereits gesehen haben, übernehmen Sozialarbeitende verschiedene Aufgabenbereiche innerhalb multidisziplinären Teams der medizinischen Grundversorgung. Von der Koordination des Pflegeprogrammes über die Zusammenarbeit mit gemeinschaftsnahen, sozialen Diensten bis hin zur Leitung eines multidisziplinären Teams. Besonders fällt dabei auf, dass sich die sozialarbeiterischen Interventionen in den Beispielen der USA besonders auf die Bearbeitung der komplexen psychosozialen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten beziehen. In den beiden (selektierten) europäischen Beispielen wurden diese Aufgaben zum Teil von speziell geschultem, pflegerischem Fachpersonal übernommen.

In der von González-Ramos, Cohen, Luce & González (2019) durchgeführten Studie wurde die Rolle von Sozialarbeitenden in der Behandlung von Parkinson Patientinnen und Patienten untersucht. Dabei wurden von den 36 befragten Sozialarbeitenden folgende Funktionen, die sie ausführen, genannt: Case Management (75%), Clinical Treatment (72%), Education (58%), Interprofessional Collaboration (56%), Support Group Development and Facilitation (50%), Organizational Leadership / Management (44%), und Assessment (33%), Community Outreach (25%) und «Andere Funktionen» (25%) (S. 115 - 118). Unter der Funktion von *Assessment* werden verschiedene Anamnesemethoden, eine biopsychosoziale Beurteilung, Screenings oder Triagen verstanden. Die Funktion der *Klinischen Behandlung* beinhaltet Psychotherapie und unterstützende Beratung. Die Ausbildungsfunktion wendet sich an Einzelpersonen und Familien aus der Gemeinschaft

und an Patientinnen und Patienten. Im *Case Management* hingegen wird das Bereitstellen von Informationen bezüglich verfügbarer Ressourcen und das Weitervermitteln von Dienstleistungen und Unterstützungsleistungen zusammengefasst. Das Erschliessen von Gemeinschaftsressourcen und von Dienstleistungen sowie das Pflegen und Aufbauen von Netzwerken und Partnerschaften wird zudem unter der Funktion *Community Outreach* beschrieben. Eine weitere Funktion besteht in der Pflege und Beratung von Selbsthilfegruppen (S. 115). Neben den administrativen und Managementfunktionen wie Programmentwicklung und Koordination, Fundraising und Kommunikation, macht laut González-Ramos et al. (2019) die interprofessionelle Zusammenarbeit eine weitere wichtige Aufgabe von Sozialarbeitende im Gesundheitswesen aus. Unter der Kategorie "Andere Funktionen" wurden zudem administrative Tätigkeiten und Forschungstätigkeiten angegeben (S. 115). Auch durch De Saxe Zerden, Lombardi & Jones (2019, S. 144 - 145) werden die Koordination des Behandlungsplans, das Bereitstellen und Ermöglichen von benötigten nicht-medizinischen Ressourcen, die Psychoedukation und die Unterstützung der Patientinnen und Patienten sowie deren Familien innerhalb der Komplexität des Gesundheitswesens als wichtige Aufgaben beschrieben. Weiter nennt De Saxe Zerden et al., dass eine anwaltschaftliche Rolle gegenüber den Patientinnen und Patienten durch die Grundwerte der Sozialen Arbeit hergeleitet werden kann (S. 145).

Stanhope, Videka, Thorning & McKay (2015, S. 392) betonen in Bezug auf die Rolle von Sozialarbeitenden sowohl die Aspekte der Koordination und des Managements (durch *Care Manager, Care Coordinator, Disease Manager, Case Manager, Patient Navigator* und *Peer Navigator*) wie auch den Aspekt der Gemeinschaftsbezogenheit (*Community Organiser, Community Health Worker* und *Community Integrator*). Zudem werden die Rolle als *Peer Counselor* und *Implementation Specialist* genannt als sozialarbeiterische Tätigkeiten im Gesundheitsbereich (S. 392). Auch von Stanhope et al. werden in den beschriebenen Rollen Assessment- und Beratungsaufgaben, beispielsweise in der Rolle als *Care Coordinator* und *Care Manager* sowie als *Peer Counselor* beschrieben (S. 392). Grundsätzlich können die Rollen als *Care Manager, Care Coordinator, Disease Manager* und *Case Manager* als ähnliche Rollen mit nuancierten Unterschieden beschrieben werden (S. 393). Ein *Community Organiser* trägt beispielsweise zu zugänglicheren Gesundheitsdiensten innerhalb einer Gemeinschaft bei. Ausserdem ist es deren Aufgabe, Bedürfnisse der Gemeinschaft zu sammeln und die Gemeinschaft dazu befähigen, ihre Bedürfnisse zu vertreten. Durch die Rolle des *Implementation Specialists* wird wiederum die Umsetzung von evidenz-basierter Praktiken garantiert (S. 392).

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass Sozialarbeitende in der medizinischen Grundversorgung eine Vielzahl von diversen Rollen und Funktionen übernehmen. Dabei spielen Koordinations- und Beratungstätigkeiten eine grosse Rolle. Im US-amerikanischen Kontext übernehmen Sozialarbeitende zudem auch therapeutische Aufgaben. Auch die Erschliessung von Ressourcen und die Begleitung von Patientinnen und Patienten sowie deren Familien innerhalb des Gesundheitssystems und in Bezug auf die Krankheit stellen wichtige Funktionen von Sozialarbeitenden dar. Auch wird der Bezug zu Community, das heisst der gesellschaftlichen und gemeinschaftlichen Vernetzung, sowie zu interprofessioneller Zusammenarbeit betont. Auf die nötigen Kompetenzen zur Ausführung der diversen und anspruchsvollen Rollen wird im nächsten Kapitel eingegangen.

6.1.4 Resultate: Kompetenzen & Mehrwert aus der Sozialen Arbeit

Laut De Saxe Zerden et al. (2019, S. 144) stellen vor allem das Fachwissen von Sozialarbeitenden zu psychosozialen Risikofaktoren, das Erkennen von psychischen Problemen sowie die Anwendung evidenzbasierter Behandlungsmethoden Kompetenzen dar, die eine ganzheitliche Behandlung in der medizinischen Grundversorgung unterstützen. Dabei lässt sich anmerken, dass im US-amerikanischen Kontext vor allem auf das System des *integrated health care settings* eingegangen wird. Dieses Setting zeichnet sich durch eine systematische Koordination von auf somatische Symptome bezogenen Gesundheitsdienstleistungen und psychischer Dienste aus (Stanhope et al., 2015, S. 386).

Auch Lahey et al. (2019, S. 101) betonen, dass Sozialarbeitende aufgrund ihrer Ausbildung und wegen ihres Methodenrepertoires geeignet sind, psychosoziale Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten zu bearbeiten. In den USA stellen Sozialarbeitende zudem die grösste Gruppe an *behavioral health providers*⁶ dar (S. 101). In der Studie werden die Psychoedukation, motivierende und klientelbezogene Gesprächsführung, individuelle Lösungsfindung und die Bearbeitung von psychosozialen Problemen sowie der Einbezug vom sozialen Umfeld (z.B. Familien, gerade bei Kindern und Jugendlichen) als wichtige Faktoren aufgezählt, die die Arbeit von Sozialarbeitenden innerhalb eines Collaborative Care Team auszeichnen (S. 99, 102). Gerade durch den *person-in-environment* Ansatz, so argumentieren Lahey et al. (2019, S. 99), verfügen Sozialarbeitende über nötige Kompetenzen zur Bearbeitung von psychosozialen Problemlagen. Weiter betonen González-Ramos et al. (2019, S. 119), dass für ein erfolgreiches Case Management eine ganzheitliche Erfassung der ganzen Situation eines Patienten oder einer Patientin mit allen Stressoren sowie die Erfassung von Ressourcen und verfügbarer

⁶ Diebstleistungserbringende im Bereich der psychischen Gesundheit

sozialer Unterstützung unerlässlich ist. Auch weisen González-Ramos et al. auf die Wichtigkeit eines regelmässigen Kontakts zu sowohl den Patientinnen und Patienten aber auch zu den pflegenden Angehörigen hin (S. 119).

Ausserdem haben Stanhope et al. (2015) eine ganze Liste mit notwendigen Kompetenzen für Sozialarbeitende in der medizinischen Grundversorgung, auch hier im US-amerikanischen Kontext der integrierten Gesundheitsversorgung, aufgestellt. Wie oben bereits genannt, sehen auch Stanhope et al. evidenzbasierte Interventionen wie zum Beispiel motivierende Gesprächsführung, Psychoedukation oder kognitiv-behaviorale Therapie als einen Mehrwert sozialarbeiterischen Handelns und als wichtige Kompetenzen an (S. 396 - 397). Auch die Fähigkeit zur zwischenmenschlichen Kommunikation, zu Teamwork und Kollaboration sowie Screening- beziehungsweise Assessment-Methoden werden genannt (S. 395 - 396). Ein weiterer Fokus liegt auf den notwendigen Kompetenzen zur Care-Planung und Koordination. Wie von Lahey et al. (2019) und González-Ramos et al. (2019) bereits vertreten, wird auch von Stanhope et al. (2015, S. 396) in Bezug auf eine erfolgreiche Koordination beziehungsweise auf ein effektives Case Management der Mehrwert von einer personenzentrierten und umweltbezogenen Perspektive von Sozialarbeitenden betont. Zudem sehen Stanhope et al. die ethischen Werte der Selbstbestimmung innerhalb der Sozialen Arbeit und einen genesungsorientierten Blick als wichtige Anhaltspunkte innerhalb der Pflegeplanung und Koordination an (S. 396). Weitere beschriebenen Kompetenzen stellten kulturelle Kompetenzen und eine kulturelle Anpassungsfähigkeit dar. Diese Kompetenzen tragen laut den Stanhope et al. dazu bei, ein kulturell reaktionsfähiges Gesundheitssystem, das Bedürfnisse verschiedener Individuen und Gemeinschaften mit einbezieht, auszubauen (S. 397). Eine umweltbezogene Perspektive, praxisbezogenes Lernen und Strategien zur Qualitätsverbesserung sowie Informatikkenntnisse zum Informationsaustausch mit anderen Professionen vervollständigen ausserdem die aufgezählten Kompetenzen (S. 397 -399).

Ein von Reckrey (2014, S. 336) beschriebener Mehrwert lässt sich zudem in den individuell zusammengestellten und den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten entsprechenden Care-Plänen zusammenfassen. Beschriebene Interventionen sind laut Reckrey et al. Hausbesuche, Follow-Up Anrufe, Beratungseinheiten, Besuche von Patientinnen und Patienten im Spital und die Zusammenarbeit mit anderen Dienstleistungsanbietern (S. 336). Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass die vielseitigen Kompetenzen von Sozialarbeitenden in der medizinischen Grundversorgung mit dem Einbezug der psychosozialen Dimension von Gesundheit, den individuellen und ressourcenorientierten Lösungsansätze sowie einer vernetzten Arbeitsweise einen klaren Mehrwert hinsichtlich einer

ganzheitlichen Behandlung darstellen kann. Auf mögliche Auswirkungen sozialarbeiterischer Interventionen und auf die Voraussetzungen für eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit wird in den folgenden zwei Kapiteln eingegangen.

6.1.5 Resultate: Auswirkungen sozialarbeiterischer Interventionen

In zwei Studien in Form von systematischen Reviews aus Grossbritannien wurden die Auswirkungen von sozialarbeiterischen Interventionen in der medizinischen Grundversorgung (McGregor, Mercer & Harris, 2018) sowie allgemein zur Umsetzung der Zusammenarbeit von Gesundheitsdiensten und sozialen Diensten in Grossbritannien untersucht (Cameron, Lart, Bostock & Coomber 2010). In beiden Studien konnten einerseits zwar gesundheitsfördernde Auswirkungen festgestellt werden. Andererseits wurde jedoch auch betont, dass grösser angelegte und komparative Studien zu den Auswirkungen sozialarbeiterischer Interventionen noch fehlen (McGregor et al. 2018; Cameron et al. 2010). Laut Cameron et al. (2010, S. 227) wurden in verschiedenen analysierten Studien eine verbesserte Lebensqualität, gesteigerte Gesundheit und Wohlbefinden sowie eine verbesserte Alltagsbewältigung festgestellt. Allerdings können in komparativ angelegten Studien nur schwer Unterschiede zwischen integrierten Gesundheitssystemen (*Integrated Care*), welche sozialarbeiterische Interventionen beinhalteten, und herkömmlichen Modellen festgestellt werden. Diese Ergebnisse können jedoch auch durch die fehlende Implementierung der Dienstleistungen, aufgrund des Klientels oder des Forschungsdesigns der Studien beeinflusst worden sein (S. 227). Nichtsdestotrotz lassen sich anhand von kleineren Studien Hinweise finden, dass durch *Integrated Care* unangebachte Spitalaufnahmen und Aufenthalte verringert werden können und Patientinnen und Patienten in ihrem Zuhause aufsuchend begleitet werden können. Einen Nachweis zur Kosteneffizienz hingegen stellt sich laut Cameron et al. (2010) wiederum als schwer nachweisbar dar (S. 228). Auch McGregor et al. (2018) kommen zu ähnlichen Schlussfolgerungen bezüglich der Auswirkungen von sozialarbeiterischen Interventionen in der medizinischen Grundversorgung. So beschreiben auch sie die Verbesserung subjektiver Gesundheit, ein besseres Selbstmanagement und eine verminderte psychosoziale Morbidität bei Patientinnen und Patienten sowie den Abbau von Hindernissen für den Zugang zu medizinischen Behandlungen (S. 9). Als unbeabsichtigter Nebeneffekt sozialarbeiterischer Interventionen kann zudem genannt werden, dass bestimmte Risikogruppen mit einer hohen psychosozialen Belastung und einer damit verbundenen Anfälligkeit auf Multimorbidität identifiziert werden konnten. Weiter konnte die Belastung von Hausärztinnen und -ärzten, welche Patientinnen und Patienten mit chronischen psychosozialen Bedürfnissen behandeln, durch sozialarbeiterische Interventionen

verringert werden (S. 7). Besonders Interventionen, die ihren Fokus sowohl auf individuelle wie auch auf soziale Faktoren legen, so die Ergebnisse von McGregor et al., können zu einem verbesserten psychosozialen Wohlbefinden beitragen und zu gesünderen Entscheidungen ermächtigen. Eine umfassende biopsychosoziale Beurteilung ist somit ein wichtiger Bestandteil der Interventionsplanung und der Abbildung von Bedürfnissen in der Bevölkerung (S. 9). Zudem spricht einiges dafür, dass vulnerable Gruppen mit komplexen gesundheitlichen und sozialen Bedürfnissen durch sozialarbeiterische Interventionen unterstützt und gesundheitlicher Ungleichheit entgegengewirkt werden kann. Zudem wird betont, dass es weitere vergleichende Untersuchungen, sogenannte *Controlled Studies*, braucht, um die Auswirkungen solcher Interventionen empirisch handfest nachweisen zu können (S. 10).

Ein Beispiel einer Studie mit nachgewiesener Kosten-Nutzen-Effizienz stellt die im oberen Kapitel beschriebene Studie von Xiang et al. (2019) zum Bridge-SU Programm dar. Es konnte in der Studie nachgewiesen werden, dass nach der im Programm gewährleisteten Begleitung von sogenannten *Super Utilizers* durch Sozialarbeitende die Eintritte ins Spital von durchschnittlich 5.76 auf 2.38 Eintritte gesenkt werden konnten und sich somit auch die Spitalkosten pro Patient und Patientin um fast 200'000 US-Dollar im Vergleich zu den 12 Monaten vor dem Programmstart Bridge-SU verminderten (S. 133 - 134).

Ein weiteres Beispiel zu positiven Auswirkungen von sozialarbeiterischen Interventionen stellt die Studie von Auerbach & Mason (2010) dar. In dieser Studie wurde eine systematische Auswertung von Patientenrapporten (n = 3370) aus der Notaufnahme eines grossen New Yorker Spitals vorgenommen. Dabei wurde untersucht, wie Sozialarbeitende die Patientinnen und Patienten mit oft komplexen Problemlagen zuordnen und überwiesen (S. 314). Nur eine geringe Zahl der Fälle (rund 16%) wurde dabei in kostspielige und länger andauernde Spitalaufenthalte verwiesen. Sozialarbeitende hingegen verwiesen die Patientinnen und Patienten häufiger als Mediziner an niederschwellige und auch kostengünstigere Institutionen wie Pflegeheime und Pflege zuhause (S. 314). Besonders in Fällen von umwelt- und beziehungsbezogenen Problemen wurde eher von einer Hospitalisierung abgesehen. Eher zu einem Spitalaufenthalt kam es hingegen, wenn psychische Probleme oder vermuteter Substanzmissbrauch vorlagen (S. 319 - 320). Es konnte dadurch aufgezeigt werden, dass Sozialarbeitende als Teil des interprofessionellen Teams in der Notaufnahme aufgrund ihrer auf psychosozialen und umweltbasierten Faktoren basierenden Entscheidungen zu einem besseren Kosten-Nutzen-Verhältnis im Gesundheitswesen beitragen.

So wird teuren Spitalaufenthalten sowie einer Bettenüberbelegung entgegengewirkt. Zudem kann laut Auerbach & Manson (2010) durch von Sozialarbeitenden eingeleitete,

gemeinschaftsbezogene Unterstützung eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu einem gewissen Teil verhindert werden (S. 323).

Es lässt sich also sagen, dass es einerseits Beispiele und Studien zu nachgewiesenen positiven Auswirkungen von sozialarbeiterischen Interventionen in der medizinischen Grundversorgung gibt. Andererseits stehen umfassende Studien weitgehend aus, die Behandlungen mit und ohne sozialarbeiterische Begleitung oder Beratung miteinander über einen längeren Zeitraum vergleichen. Es lässt sich jedoch ein klarer Mehrwert hinsichtlich der Kompetenzen und Werte von Sozialarbeitenden in der medizinischen Grundversorgung erkennen. Neben den in Kapitel 6.1.4 beschriebenen Koordinations- und Managementkompetenzen sowie Beratungsfähigkeiten, dem Engagement für soziale Gerechtigkeit und der Gemeinschaftsbezogenheit der Sozialen Arbeit, spielt auch eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit innerhalb eines multiprofessionellen Teams eine wichtige Rolle. Auf die Voraussetzungen, Vorteile und Hindernisse einer solchen interprofessionellen Zusammenarbeit in der medizinischen Grundversorgung wird deshalb im folgenden Kapitel eingegangen.

6.1.6 Resultate: IPC – Herausforderungen und Voraussetzungen

Aus dem systematischen Review von Cameron et al. (2014) gehen verschiedene förderliche Faktoren für eine interprofessionelle Zusammenarbeit (IPC) in der medizinischen Grundversorgung hervor. So werden ein gemeinsames Verständnis und eine gemeinsame Zielsetzung der verschiedenen Dienststellen sowie die Anerkennung der verschiedenen Rollen und Verantwortlichkeiten der Ämter und der Professionellen auf operativer wie strategischer Ebene als besonders wichtig betont (S. 229). Gerade durch das Zusammentreffen verschiedener Professionen samt ihrer unterschiedlichen Philosophie und Werte kann es zu Hindernissen in der gemeinsamen Zusammenarbeit kommen. Im medizinisch dominierten Setting kommt es laut Cameron et al. (2014) zudem öfters zu Wertedifferenzen zwischen Sozialarbeitenden und den Fachpersonen der Gesundheitsprofessionen. Aus diesem Grund kann es zu fehlender Wertschätzung gegenüber sozialarbeiterischem Handeln und zu Rollenkonflikten auf der Seite von Sozialarbeitenden kommen (S. 230). Auch Tousijn (2012) thematisiert diese Herausforderung in Bezug auf multidisziplinäre Teams im norditalienischen Gesundheitswesen. Einerseits stellt er zwar eine relative Abnahme der medizinischen Dominanz fest. Dies, da die traditionellen Privilegien der Profession der Medizin nun auch mit anderen Professionen geteilt werden müssen (S. 532). Auf der anderen Seite wurden von befragten Fachpersonen multidisziplinärer Teams im Gesundheitswesen die unterschiedliche Kultur und damit verbundenen Hierarchien zwischen medizinischen und sozialarbeiterischen

Fachpersonen, die oft von Ärztinnen und Ärzten eingenommenen Leitungsrolle sowie eine mangelnde Kooperationsbereitschaft der Letzteren gegenüber anderen Professionen thematisiert (S. 530 - 531). Im Gegensatz zur eher kurzfristigen *healing culture* (der Kultur des Heilens) medizinischer Fachpersonen, wird diejenige der Sozialen Arbeit eher als eine Kultur beschrieben, die sich der langfristigen Dimension vieler, primär psychosozialer, Probleme widmet (S. 532). Grundsätzlich wird laut Tousijn (2012) die Arbeit in den multiprofessionellen Teams jedoch als positiv bewertet und Konflikte innerhalb des Teams auch auf Persönlichkeitsanteile der Betroffenen zurückgeführt (S. 530). Während weiter gemeinsame Trainings und Schulungen als förderlich für eine gemeinsame, interprofessionelle Zusammenarbeit beschrieben wurden, gelten mangelnde finanzielle und zeitliche Ressourcen als Hindernisse ebendieser (S. 533).

In der von Raghallaigh et al. (2013) durchgeführten Studie zu den Erfahrungen von Sozialarbeitenden in der medizinischen Grundversorgung in Irland wurden mangelnde finanzielle Ressourcen und Unterbesetzung als Herausforderungen beschrieben (S. 939). Trotz der als befriedigend wahrgenommenen Arbeit in der medizinischen Grundversorgung mit ihren flexiblen und diversen Aufgabenfeldern, einer Basis der Freiwilligkeit für Klientinnen und Klienten, der Möglichkeit mit verschiedenen Disziplinen zusammen zu arbeiten und dem Glauben, einen wichtigen Beitrag innerhalb der medizinischen Grundversorgung leisten zu können, werden jedoch auch Unklarheiten zur Rolle von Sozialarbeitenden und teilweise fehlende Teamarbeit beschrieben (S. 942 - 943). Zudem wird beschrieben, dass vor allem als komplex oder schwierig angesehen Patientinnen und Patienten an Sozialarbeitende weitervermittelt werden (S. 943).

Auch Cameron et al. (2014, S. 231) beschreiben finanzielle Unsicherheiten als ein hinderlicher Faktor für die interprofessionelle Zusammenarbeit. Hingegen wirken sich laut den Autorinnen ein effektiver Informationsaustausch, flexible und integrierte Rollen, von den verschiedenen Fachpersonen gemeinsam genutzte Räumlichkeiten, ein starkes Management und professionelle Unterstützung durch die Leitung, eine gemeinsame Geschichte der Zusammenarbeit und adäquate Ressourcen als förderlich aus (S. 229 - 230). Wie auch bei Tousijn (2012) weisen Cameron et al. (2014, S. 231) auf die Wichtigkeit gemeinsamer Teamsitzungen, Teambildungseinheiten und Schulungen hin, um Differenzen zwischen den verschiedenen Professionen abzubauen und die professionellen Rollen zu klären.

Interessanterweise wurde eine örtliche Präsenz von Sozialarbeitenden in den behandelnden Praxen auch von Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegepersonal in Fokusgruppen in der Studie von Keefe, Geron & Enguidanos (2009, S. 590) als Voraussetzung einer gelingenden

interprofessionellen Zusammenarbeit thematisiert. So wird eine örtliche Nähe, Erreichbarkeit und Verfügbarkeit während der Sprechstunden sowohl vom Pflegepersonal als auch von der Ärzteschaft gewünscht. Hingegen wurde jedoch auch die Befürchtung seitens Ärzteschaft geäußert, dass die Kommunikation und Besprechungen mit Sozialarbeitenden zu viel Zeit einnehmen würden. Grundsätzlich standen die Teilnehmenden der Fokusgruppen der Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden positiv gegenüber. Zum Teil wurde die Erwartung geäußert, dass Sozialarbeitende bestehende Lücken im Gesundheitssystem füllen könnten. Bei der Studie von Keefe et al. (2009, S. 589 - 590) kam ausserdem heraus, dass aus ärztlicher Sicht eine wichtige Rolle von Sozialarbeitenden darin besteht, Ressourcen und Dienstleistungen des Gemeinwohls zu erschliessen und für Patientinnen und Patienten zugänglich zu machen. Weiter sollten sie eine Hilfestellung bei der Platzierung in Langzeitpflegeeinrichtungen leisten. Aus der Perspektive der Pflege werden Patientenschulungen zu Medikation und Krankheit sowie ein Follow-Up durch Sozialarbeitende begrüßt. Weitere erwünschte Rollen von Sozialarbeitenden sind neben der Pflegekoordination auch die Unterstützung von pflegenden Angehörigen, Hausbesuche und eine generelle Hilfestellung für Patientinnen und Patienten (S. 589-590). In diesem Sinne weichen die in der Studie von Keefe et al. beschriebenen Erwartungen der Ärztinnen und Ärzte sowie diejenigen des Pflegepersonals grundsätzlich nicht stark von den im Kapitel 6.1.3 genannten Rollen ab. Interessant ist jedoch zu sehen, dass sich die Rollenerwartung von Pflegenden und der Ärzteschaft zu einem gewissen Grad unterschieden. So fiel auf, dass die Reichweite der Rollenerwartungen von Ärztinnen und Ärzten beschränkter ausfiel als diejenige vom Pflegepersonal (Keefe et al., 2009, S. 588). Keefe et al. schlussfolgern daraus, dass medizinisches Fachpersonal mehr Informationen über die Fähigkeiten und die Ausbildung von Sozialarbeitenden benötigen, um eine gelingende Integration von Sozialarbeitenden in die medizinische Grundversorgung zu ermöglichen (S. 591). Zudem betonen auch González-Ramos et al. (2019, S. 122-123) die Wichtigkeit, Funktionen und die essentielle Rolle von Sozialarbeitenden festzuhalten und die evidenzbasierte Sozialarbeitsforschung weiter voranzutreiben.

Neben des Sichtbarmachens der wichtigen Rolle und dem Mehrwert von Sozialarbeitenden im Gesundheitswesen für die Öffentlichkeit, für Stakeholders und für andere Professionen, ist laut de Saxe Zerden et al. (2019) zudem wichtig, bereits in der Ausbildung von Sozialarbeitenden interprofessionelles und kollaboratives Arbeiten zu trainieren (S. 148). So betonen Stanhope et al. (2015, S. 399 - 400), dass bereits in der Ausbildung ein Fokus auf die Kompetenzbildung zur interprofessionellen Zusammenarbeit gelegt werden soll. Zudem sollte laut den Autorinnen ein

grösserer Fokus auf die biologische Dimension des psychosozialen Modells gelegt und somit die Identität der Sozialen Arbeit als Health Profession gestärkt werden. Auch ist es wichtig, dass Sozialarbeitende über die Fähigkeiten ihrer Profession aufklären, sich für diese einsetzen und eine klare Rolle innerhalb eines interdisziplinären Teams einnehmen (S. 400). Auch Nicholas et al. (2019) betonen als wichtige Kompetenzen für den Berufseinstieg von Sozialarbeitenden im Gesundheitswesen zwischenmenschliche Fähigkeiten, die multidisziplinäre Teamarbeit ermöglichen, eine breite Wissensbasis mit relevantem Wissen für die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen sowie ein gutes Rollenverständnis und Verständnis für Machtdynamiken (S. 603, 605).

6.2 Zwischenfazit: Studien-Review des internationalen Forschungsstands

Im Rahmen des Studien-Reviews konnte einerseits auf die Prävalenz von psychosozialen Problemen in der medizinischen Grundversorgung, deren Behandlung durch Ärztinnen und Ärzte sowie durch Sozialarbeitende oder speziell dazu ausgebildetem Pflegepersonal eingegangen werden. Andererseits wurde der Mehrwert von sozialarbeiterischen Interventionen, die dazu benötigten Kompetenzen und Voraussetzungen sowie die Vorteile und Herausforderungen einer interprofessionellen Zusammenarbeit multidisziplinärer Teams in der medizinischen Grundversorgung diskutiert. Dabei konnte festgestellt werden, dass sowohl in deutschen Arztpraxen als auch in den USA und in Dänemark Studien aufzeigen konnten, dass psychosoziale Probleme als Grund für eine Arztkonsultation mitwirken können (Jobst & Joos 2014; Zimmermann et al., 2018; Vedsted et al., 2004; Bikson et al., 2009). Auch wurde aufgezeigt, dass Hausärztinnen und -ärzte in Deutschland, aber auch Ärztinnen und Ärzte in der medizinischen Grundversorgung anderer Länder, regelmässig mit psychosozialen Problemen ihrer Patientinnen und Patienten konfrontiert werden. Diese psychosozialen Belastungen reichen von Problemen im Beruf und der Ausbildung über Herausforderungen in zwischenmenschlichen Beziehungen (z.B. Familienprobleme oder Einsamkeit) bis hin zum Umgang mit der eigenen Erkrankung oder der Erkrankung der Partnerin oder des Partners. Auch wurden armutsbezogene Aspekte, die Wohnsituation, Transportmöglichkeiten oder persönlicher Stress als psychosoziale Problematiken thematisiert. Weiter konnte festgestellt werden, dass sich in vielen Fällen die Problemsicht von Ärztinnen und Ärzten gegenüber von Patientinnen und Patienten, aber auch gegenüber dem Pflegepersonal, unterscheidet. Nicht immer werden psychosoziale Probleme als solche erkannt. Aufmunternde Signale seitens der Hausärztinnen und -ärzte können jedoch dazu beitragen, mehr über die psychosoziale Belastung von Patientinnen und Patienten zu erfahren. Die Mitbehandlung von psychosozialen Problemen wird laut Studien aus Deutschland (Jobst & Joos 2014; Zimmermann et al., 2018)

teilweise von den Ärztinnen und Ärzten selbst übernommen. Institutionalisierte Ansprechpersonen für die Bearbeitung von psychosozialen Problemen werden jedoch in den Studien empfohlen, respektive von Ärztinnen und Ärzten gewünscht. Eine Studie über die psychosoziale Behandlung in Frauenarztpraxen (Metzner et al., 2017) liefert zudem Hinweise darauf, dass die Berufserfahrung, und die Spezialisierung der Ärztinnen und Ärzte sowie die Form der Praxis die Wahrnehmung und Bearbeitung psychosozialer Problemlagen beeinflusst. Weiter ergaben Studien, dass bei einer hohen psychosozialen Belastung sowohl auf Seiten der Patientinnen und Patienten (Bikson et al. 2009) wie auch auf Seiten der Ärztinnen und Ärzte (Zimmermann et al. 2018) der Bedarf an externen, institutionalisierten Hilfsangeboten beziehungsweise Konsultationen und Beratungen von Sozialarbeitenden zunimmt.

Gerade aus den USA stammen Beispiele von sozialarbeiterischen Programmen und Interventionen sowie von multidisziplinären Teams innerhalb der stationären aber auch ambulanten medizinischen Grundversorgung (Reckrey et al., 2014; Xiang et al., 2019; Lahey et al., 2019). Als Beispiel von der Behandlung psychosozialer Probleme aus Europa können zudem niederländische Hausarztpraxen mit psychiatrischem Pflegefachpersonal genannt werden (Magnée et al., 2016). Auch in Grossbritannien und in Irland sowie in Norditalien wurden in Studien sogenannte *Collaborative Care Teams* analysiert (Tousijn, 2012; Raghallaigh et al., 2013). Die in Kapitel 6.1.3 beschriebenen Beispiele beinhalten verschiedene Modelle, welche unterschiedlich organisiert werden. Zum Teil wird auch aufsuchend gearbeitet und somit Patientinnen und Patienten in ihrem Zuhause besucht. In einem Beispiel steht das *Collaborative Care Team* unter der Leitung von Sozialarbeitenden mit Masterabschluss im Zentrum (Lahey et al., 2019). Mehrere Studien (z.B. Gonzáles-Ramos et al., 2019; Reckrey et al., 2014) und wissenschaftliche Artikel (De Saxe Zerden et al., 2019; Stanhope et al., 2015), mehrheitlich aus den USA, weisen zudem auf eine komplexe und vielfältige Bandbreite von Funktionen und Rollen von Sozialarbeitenden in der medizinischen Grundversorgung hin. Diese reichen von Koordinations- und Case-Management-Aufgaben über Beratungsaufgaben und Psychoedukation sowie evidenzbasierten Interventionen hin zur Bereitstellung und dem Zugänglichmachen von Ressourcen und der interdisziplinären Zusammenarbeit. Allgemein werden eine starke Gemeinschaftsbezogenheit sowie die Zusammenarbeit mit Familien und Angehörigen betont. In den USA bieten Sozialarbeitende auch psychotherapeutische Beratungen an. Um all diesen Aufgaben gerecht zu werden, sind auch ebenso vielfältige und anspruchsvolle Kompetenzen nötig. Es wird durchaus betont, dass Sozialarbeitende aufgrund ihres Fachwissens bezüglich psychosozialen Risikofaktoren, aufgrund ihrer ganzheitlichen, klientelzentrierten und umweltbezogenen Sichtweise sowie aufgrund ihres Methodenrepertoires

geeignete Fachkräfte für die Behandlung von psychosozialen Problemen darstellen. Gerade auch eine individuelle Lösungsfindung, sowie eine ganzheitliche Beurteilung der Situation stellen einen klaren Mehrwert sozialarbeiterischer Interventionen dar. Weiter wird darauf hingewiesen, dass die Werte der Sozialen Arbeit beziehungsweise die Bedeutung sozialer Gerechtigkeit eine anwaltschaftliche Arbeitsweise für die Patientinnen und Patienten begünstigen. Auch sind zwischenmenschliche Fähigkeiten, Teamwork, Assessment-Methoden, gute Koordinations- und Managementfähigkeiten, kulturelle Kompetenzen, Informatikkenntnisse für den Informationsaustausch mit anderen Professionen, praxisbezogenes Lernen und Strategien zur Qualitätsverbesserung wichtige Kompetenzen (De Saxe Zerden et al., 2019; Stanhope et al., 2015; Lahey et al., 2019).

Obwohl mehrere Studien auf die Wirksamkeit sozialarbeiterischer Interventionen hinweisen, stehen grossflächig repräsentative und komparative Studien zu den Auswirkungen zu einem grossen Teil noch aus. Kleinere Studien weisen jedoch darauf hin, dass sozialarbeiterische Interventionen zu einer verbesserten Gesundheit, Wohlbefinden und Alltagsbewältigung beitragen können. Auch können teilweise unangebrachte und kostenintensive Überweisungen oder Spitalaufenthalte verringert werden und Menschen in der Pflege zuhause unterstützt werden. Vieles spricht zudem dafür, dass durch sozialarbeiterische Massnahmen vulnerablen Bevölkerungsgruppen mit komplexen, psychosozialen Problemlagen oder Multimorbidität unterstützt und somit gesundheitlicher Ungleichheit ein Stück weit entgegengewirkt werden kann (Cameron et al., 2010; McGregor et al., 2018). So werden in den Studien verschiedene vulnerable Bevölkerungsgruppen thematisiert (zum Beispiel *super utilizers / frequent attenders*, ältere Menschen, Veteranen, Menschen mit psychischer und chronischen Erkrankungen oder Migrantinnen und Migranten).

In Bezug auf eine interprofessionelle Zusammenarbeit konnten ausserdem förderliche und hinderliche Faktoren festgestellt werden (Cameron et al., 2014; Tousijn, 2012; Keefe et al., 2009; Raghallaigh et al., 2013). Eine Grundproblematik für Sozialarbeitende in multidisziplinären Teams stellt in vielen Settings eine mangelnde Anerkennung der sozialarbeiterischen Werte beziehungsweise Perspektive gegenüber der medizinisch dominierenden *Healing Culture* dar. Einhergehend damit kann es zur Rollenkonfusion auf Seiten der Sozialarbeitenden kommen. Obwohl es Hinweise dazu gibt, dass die dominierende Rolle der Medizin gerade auch durch die multidisziplinären Teams abgenommen hat, können dennoch gewisse Hierarchien erkannt werden. Grundsätzlich bilden gemeinsame Ziele und die gegenseitige Anerkennung der verschiedenen Rollen und Verantwortlichkeiten innerhalb eines multidisziplinären Teams wichtige Voraussetzungen für eine gelingende Zusammenarbeit. Auch

sind gemeinsame Teamsitzungen oder Schulungen förderlich, um Spannungen zwischen den verschiedenen Kulturen der Professionen abzubauen. Ein effektiver Informationsaustausch, eine starke Führung und eine professionelle Unterstützung durch die Leitung sowie adäquate Ressourcen können weitere förderliche Faktoren darstellen. Auch eine örtliche Präsenz der Sozialarbeitenden in den Praxen wurde in den Studien als förderlich angesehen. Hingegen werden mangelnde finanzielle und zeitliche Ressourcen als hinderlich angesehen. Dabei ist zu beachten, dass eine interprofessionelle Zusammenarbeit doch auch einen gewissen Zeitaufwand voraussetzt.

Um den wichtigen Beitrag von Sozialarbeitenden in der medizinischen Grundversorgung sichtbar zu machen, so wird von mehreren Autorinnen und Autoren betont (González-Ramos et al., 2019; De Saxe Zerden et al., 2019; Stanhope et al., 2015), ist es zudem wichtig, medizinisches Fachpersonal sowie auch die Öffentlichkeit über die Ausbildung und Kompetenzen von Sozialarbeitenden zu informieren und aufzuklären. Damit können realistische Erwartungen an Sozialarbeitende generiert werden. Zudem wird eine Kompetenzförderung in der Ausbildung von Sozialarbeitenden in Bezug auf interprofessionelle Zusammenarbeit sowie auch auf medizinisches Grundwissen beziehungsweise Wissen zum Gesundheitssystem als relevant angesehen.

6.3 Resultate quantitative Befragung

Da, wie vorangehend bereits erwähnt, zur Schweiz keine umfassende Forschung zur Prävalenz oder Bearbeitung psychosozialer Probleme in der ambulanten medizinischen Grundversorgung vorliegt, welche im qualitativen Studien-Review miteinbezogen werden konnte, sollte eine eigene quantitative Erhebung in Schweizer Hausarztpraxen als wichtiger Teil der ambulanten medizinischen Grundversorgung, diese Lücke füllen. Im Rahmen der Bachelor-Thesis, als ergänzenden quantitativen Teil zum qualitativen Studien-Review, konzentrierte sich die quantitative Befragung auf Berner Hausarztpraxen in ländlichen und städtischen Gebieten im ganzen Kanton. Ziel der Befragung war es, die gewonnenen Erkenntnisse aus dem Kanton Bern den Resultaten aus dem Review der internationalen Forschung gegenüberzustellen und damit die Transponierbarkeit der Ergebnisse aus dem Review (Kap. 6.1.1 und 6.1.2) auf die Schweiz durch Triangulation zu validieren. Im Weiteren sollte die Befragung aufzeigen, inwiefern Schweizer beziehungsweise Berner Hausarztpraxen überhaupt Interesse an einer spezifischen fachlichen Behandlung psychosozialer Probleme durch Sozialarbeitende haben und ob diese ein interdisziplinäres Modell im Sinne einer ganzheitlichen Behandlung ebenfalls

als Entlastung der Ärzteschaft befürworten oder eher ablehnen. Im Folgenden werden nun die Resultate aus der Befragung ausgewertet.

6.3.1 Deskriptive Statistik

Von den 89 angeschriebenen Hausarztpraxen im Kanton Bern haben schliesslich 39 unseren Fragebogen beantwortet. Weitere zwei Befragte begannen den Fragebogen zwar, haben ihn jedoch nicht vollständig ausgefüllt.

Angeschrieben	Komplett beantwortet (N=)	Teilweise beantwortet	Rücklaufquote
89	39	2	44%

Die Auswertung der Eigenschaften wie Alter der Praxis, Praxisstandort & Studienorte der Befragten zeigt, dass trotz der absolut eher geringen Stichprobe doch eine breite Diversität erreicht wurde.

Eigenschaft	Mittelwert	Median	Minimum	Maximum
Alter Praxis	13.5	10	1	34
Abschlussjahr	1999	1998	1978	2018

Verglichen mit den Zahlen aus der offiziellen Ärztestatistik 2018 (Hostettler & Kraft, 2018, S. 412) zeigt sich, dass das Alter (gemessen am Abschlussjahr) der Befragten ungefähr im Durchschnitt aller Ärztinnen und -ärzte im ambulanten Bereich ist. Das Durchschnittsalter für Ärztinnen und -ärzte im ambulanten Bereich betrug 2018 51.6 Jahre, was ungefähr einem Abschlussjahr 1999 im Schnitt entspricht. Zum durchschnittlichen Alter einer Hausarztpraxis lassen sich keine offiziellen statistischen Daten auffinden, jedoch wiesen auch hier die Antworten eine breite Streuung auf.

Ebenfalls eine gute Streuung wurde in Bezug auf die Lage der Praxis und die Ausbildungsstandorte erreicht. Jedoch praktizieren 77 Prozent der Befragten in einer Stadt oder in der Agglomeration und bloss 23 Prozent auf dem Land. Von den Befragten wurde der Grossteil an der Universität Bern ausgebildet, gefolgt von Basel und Zürich. Einige wenige Befragte wurden im Ausland ausgebildet, wobei hier der prozentuale Anteil tiefer war als der durchschnittliche Anteil ausländischer Ärzte in der Schweiz (Hostettler & Kraft, 2018, S. 413).

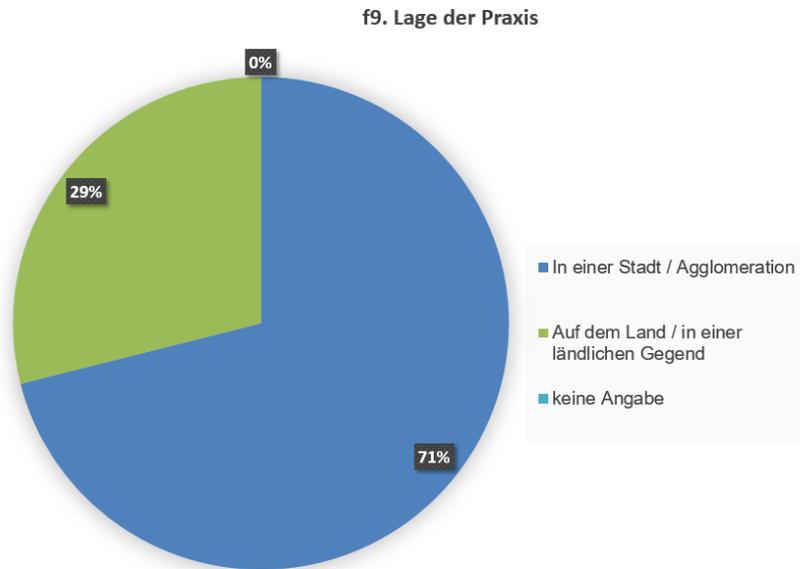


Abbildung 1: Lage der Praxis

f11. Land / Ort Staatsexamen Humanmedizin Teilnehmende

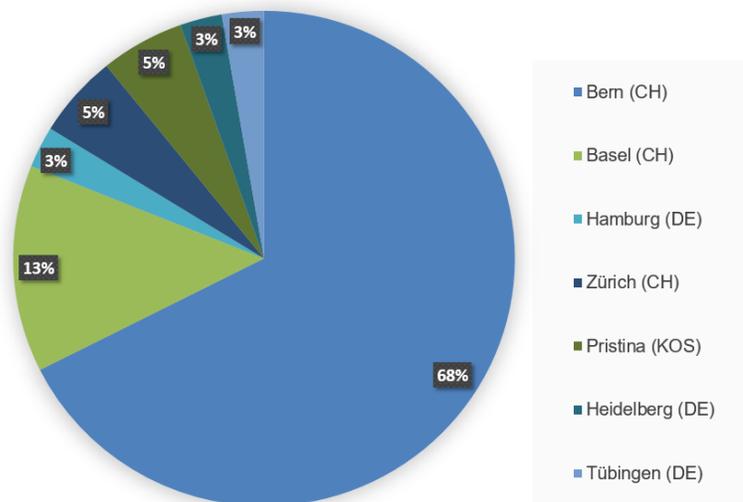


Abbildung 2; Land / Ort Staatsexamen Teilnehmende

Die erste Frage im Fragebogen eruierte mittels Mehrfachantwort-Auswahl psychosoziale Probleme, mit denen Hausärztinnen und -ärzte in Berner Praxen konfrontiert werden. So zeigten sich die häufigsten psychosozialen Probleme bei Patientinnen und Patienten in Berner Hausarztpraxen nach Rangfolge (N=39). Das häufigste genannte psychosoziale Problem in den befragten Hausarztpraxen ist mit 35 Nennungen Stress, Überforderung und Überbelastung am Arbeitsplatz. Damit gaben 87.2% der Hausärztinnen und -ärzte an, mit diesen psychosozialen Problemen bei Patientinnen und Patienten regelmässig konfrontiert zu werden.

Mit 32 Auswahlen, respektive 28 Auswahlen bilden psychosoziale Probleme in der Partnerschaft, Trennungen und/oder Scheidungen sowie familien-, arbeits- und sozialrechtliche Fragen (Mobbing am Arbeitsplatz, Kündigungen, Probleme mit Sozialversicherungen, Kindes- und Erwachsenenschutzrechtliche Massnahmen) Problemfelder, mit denen die meisten Berner Hausärztinnen und -ärzte ebenfalls sehr regelmässig konfrontiert werden. Mit 27 Auswahlen und damit 69% stellen Probleme im sozialen Umfeld / in sozialen Beziehungen der Patientinnen und Patienten, wie beispielsweise Probleme in Freundschaft, Kollegium, Nachbarschaft, etc., ein weiteres relativ häufiges psychosoziales Problem dar. Fast ähnlich oft genannt wurden Probleme mit Suchtmittel oder Alkohol (25 Nennungen, 64%) oder Probleme aufgrund psychosozialer Belastungen infolge von Arbeitslosigkeit (24 Nennungen).

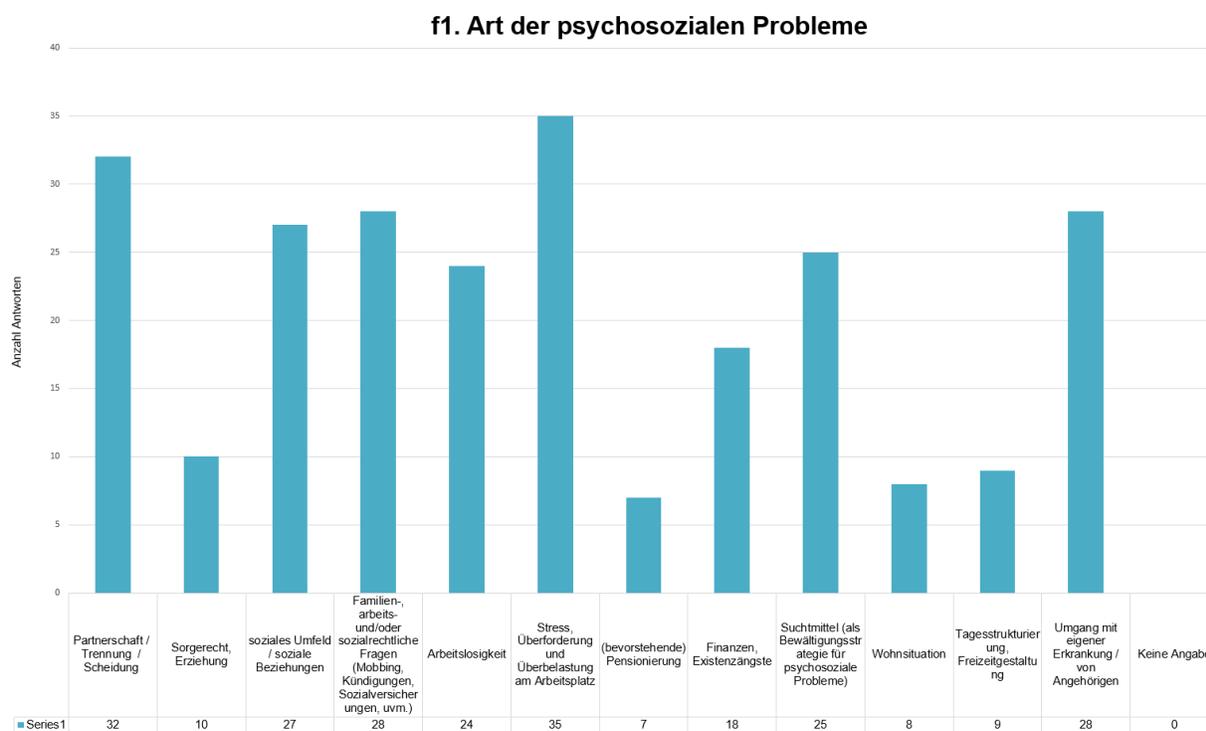


Abbildung 3: Art der psychosozialen Probleme

Fast die Hälfte der befragten Ärztinnen und Ärzte sieht sich regelmässig mit psychosozialen Problemen aufgrund von Existenzängsten und finanziellen Schwierigkeiten konfrontiert (18 Nennungen). Deutlich weniger oft genannt wurden Fragen rund um das Sorgerecht und die Erziehung der Kinder (10 Nennungen), Unzufriedenheit mit der Tagesstruktur und Freizeitgestaltung (9 Nennungen) oder auch mit der Wohnsituation (8 Nennungen) sowie psychosoziale Probleme aufgrund erreichter oder bevorstehender Pensionierung (7 Nennungen). Zusammengefasst konzentrieren sich die psychosozialen Problemfelder, welche auch in Arztpraxen von Relevanz sind, auf die Bereiche Stress am Arbeitsplatz, Partnerschaft, Familie, sozialrechtliche Probleme, soziale Beziehungen und Suchtmittel als Bewältigungsstrategie.

Bei der Auswertung der Frage nach der Prävalenz der oben genannten Problemfelder zeigt sich, dass 41 Prozent der Befragten meinen, dass 60 bis 80 Prozent der Fälle ein oder mehrere

f2. Prävalenz psychosozialer Probleme in Hausarztpraxen

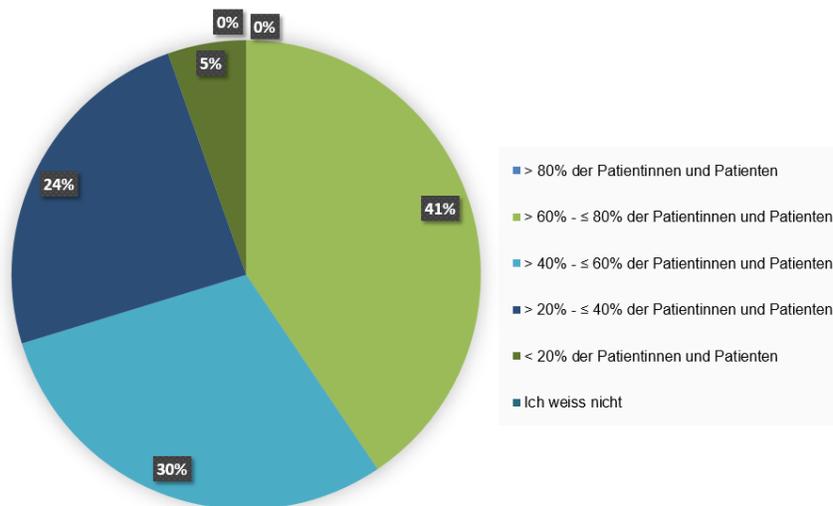


Abbildung 4: Prävalenz psychosozialer Probleme in Hausarztpraxen

psychosoziale Probleme aufweisen, welche im Rahmen der Sprechstunde in der Hausarztpraxis zum Vorschein treten. An zweiter Stelle gaben 30% der befragten Hausärztinnen und -ärzte an, dass 40 bis 60 der Patientinnen und Patienten an einem oder mehreren psychosozialen Problemen leiden. Fast ein Viertel der Befragten gaben sogar an, dass über 80% der Patientinnen und Patienten psychosoziale Probleme aufweisen. Lediglich 5% der befragten Hausärztinnen und -ärzte gaben an, dass weniger als 20% der Patientinnen und Patienten in der Hausarztpraxis gleichzeitig auch psychosoziale Probleme aufweisen.

Aus den Ergebnissen zur Frage über die Mitbehandlung psychosozialer Probleme in Hausarztpraxen geht hervor, dass 33% der teilnehmenden Hausärztinnen und -ärzte der Aussage zustimmen, psychosoziale Probleme ihrer Patientinnen und Patienten im Rahmen der hausärztlichen Behandlung mitzubehandeln. 27 Prozent der Teilnehmenden stimmten dieser Aussage völlig zu, währendem ebenfalls 27% teilweise zustimmten. 8% der befragten Hausärztinnen und -ärzte gaben zudem an, psychosoziale Probleme nicht mitzubehandeln. Lediglich 5 Prozent stimmten der Aussage zu, die psychosozialen Probleme ihrer Patientinnen und Patienten gar nicht mitzubehandeln. Über die Art und Weise der Mitbehandlung wurden in der Befragung keine Daten erhoben. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass fast zwei Drittel der Befragten nach ihrer Wahrnehmung psychosoziale Probleme ihrer Patientinnen und Patienten mitbehandeln. Nicht ganz ein weiteres Drittel berücksichtigt psychosoziale Probleme teilweise in ihre Behandlung. Etwas mehr als 10% stimmten der Aussagen nicht oder gar nicht zu.

f3. Behandlung psychosozialer Probleme durch Hausärztinnen- und Ärzte

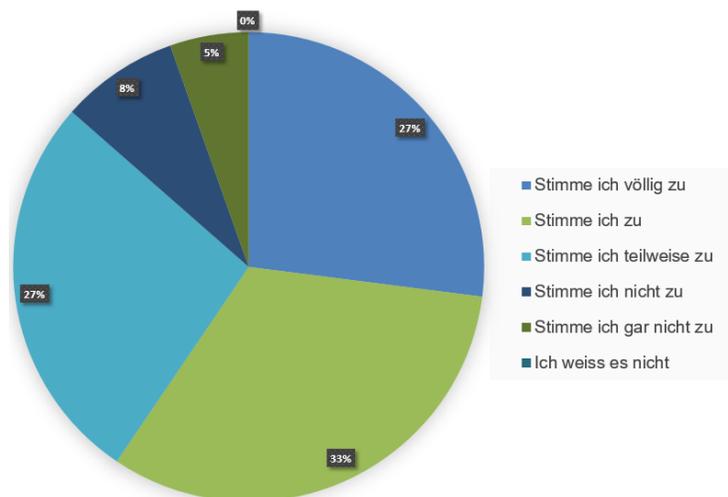


Abbildung 5: Behandlung psychosozialer Probleme durch Hausärztinnen und Hausärzte

Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden gaben mit 57% an, dass sie Patientinnen und Patienten mit psychosozialen Problemen nur teilweise an externe Fachleute der Sozialen Arbeit weitervermitteln. Nur bei 5% der Teilnehmenden wird eine Mitbehandlung durch oder Weiterleitung an Fachpersonen der Sozialen Arbeit in den meisten Fällen vorgenommen. Eine vollumfängliche, in jedem Fall angewandte Mitbehandlung von psychosozialen Probleme in der Praxis durch Sozialarbeitende traf mit 0% bei keinem der befragten Hausarztpraxen zu. Bei weniger als einem Drittel der Teilnehmenden mit 30% trifft eine Überweisung an sozialarbeiterische Fachpersonen von Patientinnen und Patienten mit psychosozialen Problemen in der Praxis praktisch nie zu, während bei 8% gar nie an praxis-externe Beratungsstellen oder Sozialarbeitende vermittelt wird. Somit geben zwar fast 60% der Befragten an, Patientinnen und Patienten mit psychosozialen Problem teilweise an Sozialarbeitende weiterzuvermitteln, dennoch stimmen über ein Drittel der Teilnehmenden der

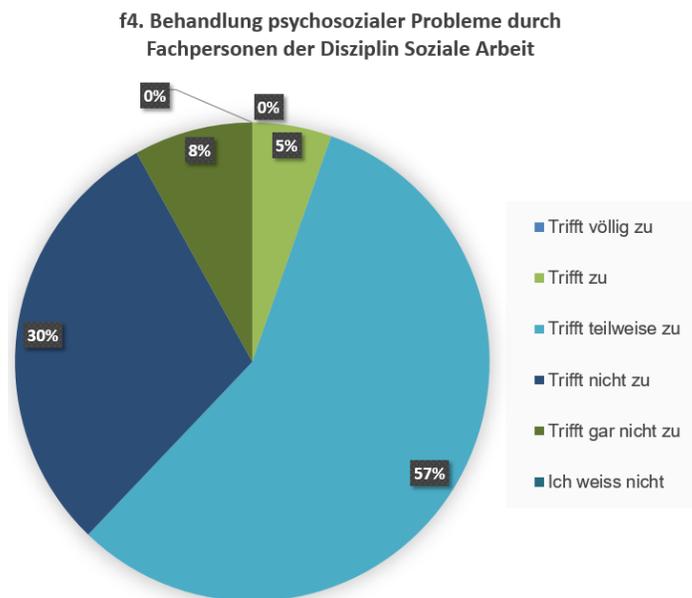


Abbildung 6: Behandlung psychosozialer Probleme durch Fachpersonen der Disziplin Soziale Arbeit

Aussage nicht oder überhaupt nicht zu, ihre Patientinnen und Patienten weiterzuvermitteln. Ausserdem wurde die Anzahl der Überweisungen nicht ermittelt.

In der nächsten Frage wurde jedoch ermittelt, welche sozialarbeiterischen Fach- und Beratungsstellen denn überhaupt von Ärztinnen und Ärzten als Partnerin für eine Zusammenarbeit genutzt werden.

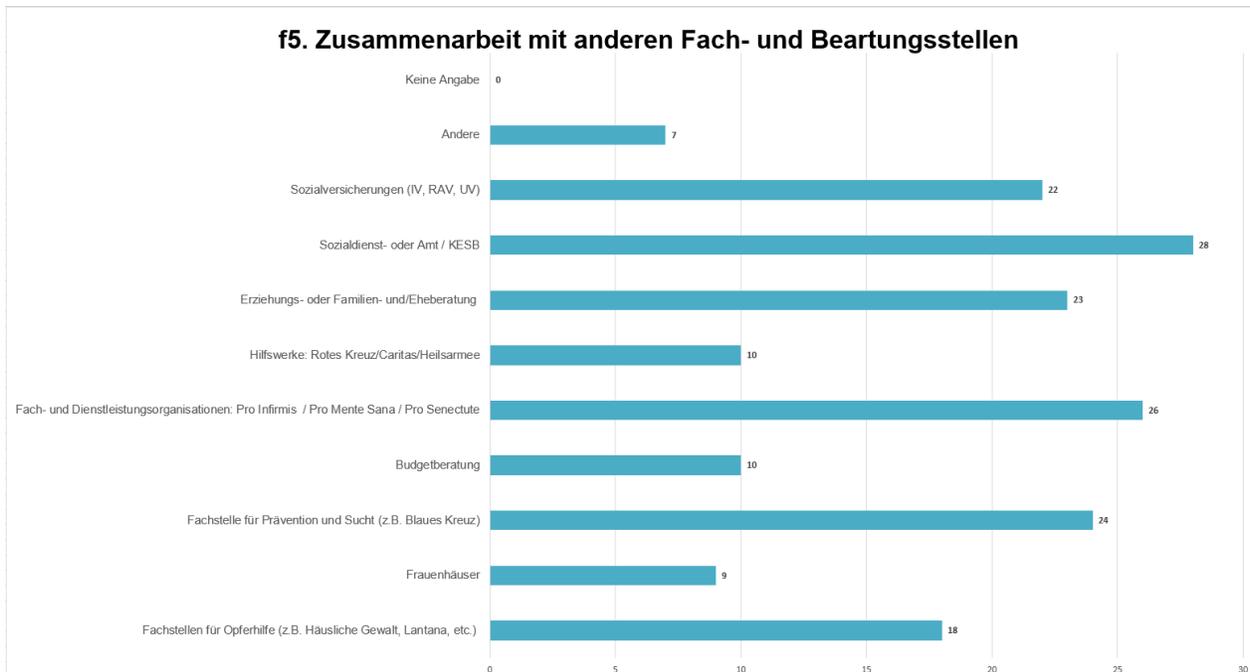


Abbildung 7: Zusammenarbeit mit anderen Fach- und Beratungsstellen

Dabei zeigt sich, dass die häufigsten genannten sozialen Institutionen mit denen Hausarztpraxen im Kanton Bern bei der Behandlung von psychosozialen Problemen vernetzt sind und an die sie ihre Patientinnen und Patienten verweisen, behördlich organisierte Stellen sind. Sozialdienste und die Kindes- und Erwachsenenschutzbehörde werden von fast drei Viertel (72%) der Teilnehmenden als regelmässige Partner angesehen. Auch Sozialversicherungen wie IV, AHV und RAV-Stellen werden von 22 der 39 Befragten als häufige Interaktionspartner genannt. Durch die häufige Nennung von Fach- und Dienstleistungsorganisationen, wie die Pro Infirmis, Pro Mente Sana oder Pro Senectute (66.7% der Teilnehmenden), Fachstellen für Prävention und Sucht, z.B. das blaue Kreuz (61.2% der Teilnehmenden) und Familienberatung (59%) wird der Zusammenhang mit den in Frage f.3 erörterten Prävalenz psychosozialer Probleme sichtbar, wo Suchtprobleme, aber auch familiäre und stress- oder depressions-bezogene Problemfelder häufig genannt wurden.

Weniger als die Hälfte der Hausarztpraxen arbeiten mit Fachstellen für Opferhilfe zusammen (46%), während bloss knapp ein Viertel aller Hausarztpraxen angaben, ihre Patientinnen und Patienten an die Budgetberatung oder an übrige Hilfswerke zu verweisen (25.7%). Lediglich 23% der Hausarztpraxen sind mit Frauenhäusern vernetzt, was allerdings auch an der eher tieferen wahrgenommenen Prävalenz dieser psychosozialen Problemfelder liegen kann. Schliesslich gaben 18% der teilnehmenden Hausarztpraxen an, noch mit anderen nicht aufgeführten Institutionen zusammenzuarbeiten.

f6. Beitrag interdisziplinäres Modell zu ganzheitlicher Behandlung

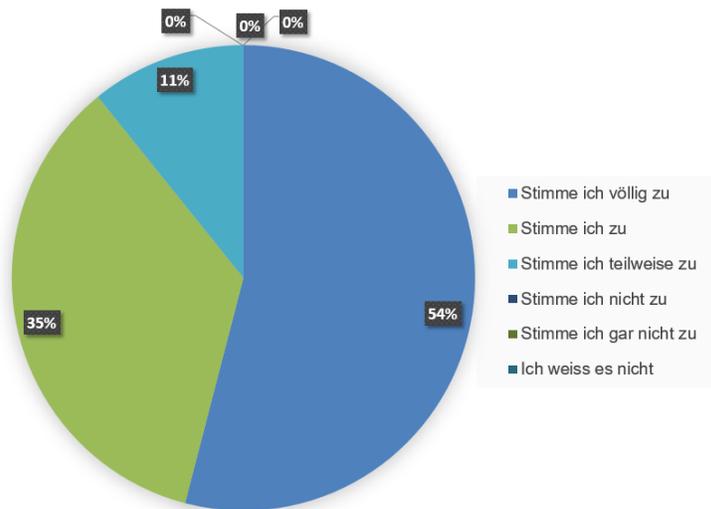


Abbildung 9: Beitrag interdisziplinäres Modell zu ganzheitlicher Behandlung

Im letzten Teil der Befragung wurden die Ärztinnen und Ärzte, wie in Kapitel 5.2 erläutert, zu ihrer Meinung zu einem interdisziplinären Behandlungsmodell als Beitrag zu einer ganzheitlichen Behandlung und als Entlastungsfaktor befragt. Mehr als die Hälfte der Teilnehmenden ist der Meinung, dass ein interdisziplinäres Modell einen grossen Beitrag zu einer ganzheitlichen Behandlung liefert, während noch weitere 35 Prozent der Befragten dieser These zumindest grundsätzlich zustimmen. Nur 11 Prozent der Befragten stimmt einer solchen Aussage nur teilweise zu.

f7. Interdisziplinäres Modell als Entlastungsfaktor

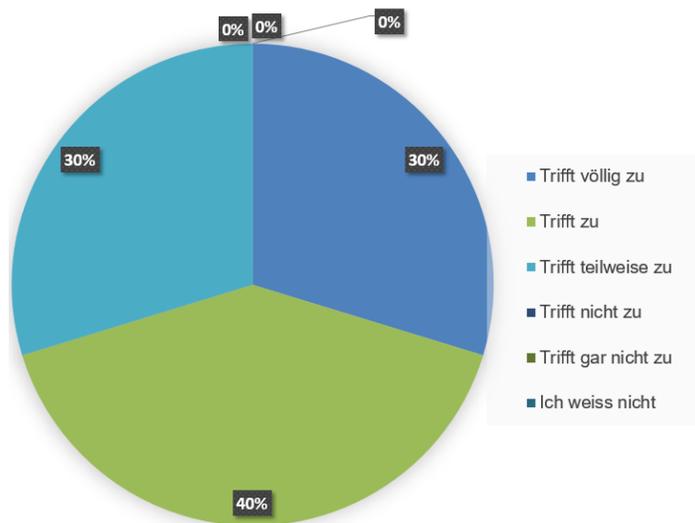


Abbildung 8: Interdisziplinäres Modell als Entlastungsfaktor

Etwas ausgeglichener ist die Beurteilung des interdisziplinären Modells als Entlastungsfaktor für Hausärztinnen und -ärzte. 30 Prozent der Befragten sind mit der Aussage, dass dieses Modell Hausärzte entlasten könnte vollständig einverstanden, währenddem immerhin noch weitere 40 Prozent dem zumindest grundsätzlich zustimmen. Jedoch sehen bei dieser Frage auch 30 Prozent der Befragten nur teilweise einen Nutzen in Form einer Entlastung für die Ärzteschaft. Zusammengefasst kann festgestellt werden, dass zwar fast 90 Prozent der Befragten das interdisziplinäre Modell als geeignet für eine ganzheitlichere Behandlung einstufen, aber bloss 70 Prozent erwarten davon eine Entlastung für die Arztpraxen.

Zuletzt konnten die Befragten anhand einer offen zu beantwortenden Frage den Autorinnen noch weitere Inputs mit auf den Weg geben. Nachfolgend dazu eine Liste, welche in der Diskussion (siehe Kapitel 7) noch eingehender behandelt wird.

Folgende wichtige Inputs wurden von befragten Hausärztinnen und -ärzten im letzten Teil der Befragung im Freitext eingebracht und werden nun untenstehend als Zitate wiedergegeben. Für die Forschungsfrage irrelevante Aussagen werden hierbei nicht mitberücksichtigt:

“Psychosoziale Probleme in der HA-Praxis nehmen immer mehr zu. Eine enge Zusammenarbeit mit SozialarbeiterInnen wäre enorm hilfreich und wünschenswert.”

“Homöopathie und MET als Basis. Die meisten PatientInnen sind schon mit einer Institution verbunden.

“Das Problem ist die Abstimmung der Handlungen der einzelnen Fachkräfte in Hinblick auf ein mit dem Patienten vereinbartes Ziel.”

“Ein Sozialdienst, wie es ihn in grösseren Spitälern gibt, fehlt im ambulanten Bereich und führt zu sehr viel Mehraufwand für den Arzt mit wahrscheinlich dennoch deutlich schlechterer Qualität (z.B. Unterstützung bei Altersheimsuche, Wohnungsabklärung für Hilfsmittel (Handgriffe, etc.), Beratung bei finanziellen Engpässen (Ergänzungsleistungen, Schuldenberatung).”

“Wir sind dabei, ein Modell des Einbezugs von Fachkräften zur Umsetzung Hausarztarbeit mit biopsychosozialem Krankheitsverständnis umzusetzen.”

“Eine psychosoziale Beratung wäre zeitgemäss und wünschenswert.”

“Wenn wir Patienten an andere Fachstellen verweisen, können wir nicht den Prozess begleiten und sicherstellen, dass diese die nötige Unterstützung bekommen. Auch nicht, dass eine adäquate Begleitung und Beratung stattfindet und alle psychosozialen Probleme erkannt wurden unsererseits. Daher wäre eine Prozessunterstützung und Anamnese bereits in der Praxis wichtig und zukunftsorientiert.”

“Einen Psychologen in der Praxis anzustellen erschien aus ärztlicher Sicht als übertrieben, zumal sich diese mit psychischen Erkrankungen in eigenen Praxen befassen können. Mir/uns war nicht bekannt, dass Sozialarbeitende über ein Studium verfügen und sich mit der Behandlung von psychosozialen Problemen in dieser Form so breit und präventiv befassen könnten. Daher kam eine interdisziplinäre Praxis nie zur Rede. Wenn die Finanzierung sichergestellt wäre und ein umsetzbares Konzept vorliege, wäre dies durchaus ein denkbarer alternativer Behandlungsansatz. Besten Dank und viel Erfolg!”

“Ebenfalls eine psychologische Mitbetreuung der Klienten wäre wunderbar.”

6.3.2 Statistische Analyse

Um herauszufinden, ob es zwischen dem Antwortverhalten der befragten Ärztinnen und Ärzte in Bezug auf psychosoziale Probleme und den Eigenschaften der Befragten wie Abschlussjahr, Alter der Praxis oder Lage der Praxis einen statistischen Zusammenhang in Form von Korrelation gibt, wurden die gesammelten Daten einer Aufbereitung und statistischen Analyse unterzogen.

In einem ersten Schritt wurden die Daten aus der Befragung so aufbereitet, dass eine weitergehende Analyse mittels statistischer Tests möglich war. Dazu wurden die erhaltenen Antworten codiert, indem den Antworten im Likert-Format jeweils eine Zahl für die Antwort zugeordnet wurde (1= “Keine Angabe” bis 6 = “stimme ich vollumfänglich zu”). Die Frage f.3 bezüglich der Behandlung durch den Arzt wurde invers ausgewertet. Hier verläuft eine Beantwortung mit “stimme ich vollumfänglich zu” gegenläufig zur Beantwortung der übrigen Fragen, welche die Zusammenarbeit mit Professionellen der sozialen Arbeit positiv assoziieren mit steigendem Likert-Niveau. Es wurden somit folgende Variablen generiert für die statistische Analyse:

Abhängige Variablen	Codierung
F.2 Prävalenz psychosozialer Probleme	6 bis 1 entsprechend Likert-Skala
F.3 Behandlung Probleme durch Arzt	1 bis 6 entsprechend Likert-Skala
F.4 Behandlung durch Sozialarbeitende	6 bis 1 entsprechend Likert-Skala
F.6 Beitrag Interdisziplinarität	6 bis 1 entsprechend Likert-Skala
F.7 Entlastung durch interdisziplinäres Modell	6 bis 1 entsprechend Likert-Skala

Mittels Zweistichproben T-Tests sollte anschliessend überprüft werden, ob die Beantwortung der obigen Fragen statistisch signifikant variiert je nachdem welche Eigenschaften die befragten Ärzte und Ärztinnen aufwiesen. Der T-Test als weit verbreitetes Mittel der statischen Analyse zeigt dabei auf, ob zwei betrachtete Gruppen in einem untersuchten Merkmal (hier die Beantwortung der Fragen) wirklich einen Unterschied aufweisen oder nicht. Als Nullhypothese wurde dabei jeweils vorausgesetzt, dass sich die Varianz der Stichprobenmittelwerte nicht statistisch signifikant unterscheiden.

Unabhängige Variablen	Gruppierung
F.8 Alter Praxis	0 = älter als Durschnitt (13.5) 1 = jünger als Durschnitt (13.5)
F.9 Lage Praxis	0 = Land / 1= Stadt
F.10 Abschlussjahr Studium	0 = vor Median (1999) 1 = nach Median (1999)

Für jede unabhängige Variable konnten anschliessend zwei Gruppen gemacht werden (Null- und Einer-Gruppen) und den Observationen innerhalb dieser Gruppen die Antworten der Befragung zu F.2 bis F.4 und F.6/F.7 zugeordnet werden. In Excel wurden schliesslich Zweistichproben-Tests für jede der abhängigen Variablen mit den zwei Stichproben pro Gruppe durchgeführt.

Die Auswertung der Resultate zeigt, dass lediglich bei einem der untersuchten Verhältnisse ein statistisch signifikanter Unterschied (mit einem Konfidenzniveau von 0.95) observiert wurde. Es konnte festgestellt werden, dass die Beurteilung der Prävalenz psychosozialer Probleme sich statistisch signifikant (P-Wert = 0.039) unterscheidet, je nachdem ob die befragten Ärztinnen und Ärzte bei einer Praxis arbeiten, die älter als der Durchschnitt aller befragten Praxen ist (13.5 Jahre). Die Gruppe aus den älteren Praxen beurteilte die Prävalenz psychosozialer Probleme höher als die Gruppe aus den jüngeren Praxen, wobei die Varianz dieser Antworten statistisch

signifikant ist. Die Nullhypothese, dass das Alter der Praxen keine bedeutende Rolle spielt bei der Beurteilung der Prävalenz psychosozialer Probleme im Rahmen einer ärztlichen Konsultation kann somit verworfen werden. Die weiteren T-Test Analysen auf Basis der obig definierten Gruppierungen wiesen allesamt keine statistisch signifikanten Resultate auf.

Zwischen den einzelnen Antworten der Befragten wurden schliesslich noch einfache Korrelationsanalysen mittels gepaarter T-Tests durchgeführt. Der gepaarte T-Test dient dabei als Analyseinstrument, um herauszufinden, ob zwischen der Beantwortung von Frage 1 und der Beantwortung von Frage 2 über die gesamte Stichprobe hinweg eine statistisch signifikante Korrelation besteht. Zwischen den einzelnen befragten Variablen konnten diverse Korrelationsverhältnisse mit statistischer Signifikanz zum 0.95 Konfidenzniveau nachgewiesen werden. Besonders interessant sind dabei die Relationen zwischen der Beurteilung von Prävalenz (F.2) und der aktuellen Behandlungssituation psychosozialer Probleme in den Praxen (F.3 und F.4) auf der einen Seite und der Einschätzung eines interdisziplinären Modells als Beitrag zur ganzheitlichen Behandlung (F.6) und als Entlastungsfaktor für Ärztinnen und Ärzte (F.7). Der wahrgenommene Beitrag an eine ganzheitliche medizinische Behandlung durch das interdisziplinäre Modell korreliert dabei statistisch signifikant negativ mit der Beantwortung der Fragen F.2 bis F.4 mit Korrelationskoeffizienten von -0.075, -0.412 und -0.314. Dies ist erstaunlich, zumal dieses Resultat impliziert, dass Ärztinnen und Ärzte mit einer höheren Sensibilisierung für psychosoziale Probleme, eher weniger den Nutzen eines ganzheitlichen Modells sehen.

In Bezug auf die Frage, ob das interdisziplinäre Modell ein Entlastungsfaktor für die Ärztinnen und Ärzte darstellen kann, ist schliesslich festzuhalten, dass die Beantwortung dieser Frage ausschliesslich mit den Resultaten von F.3 korreliert. Je eher die Befragten in ihrer Eigeneinschätzung psychosoziale Probleme primär selbst behandeln, desto eher würde ein interdisziplinäres Modell auch als Entlastung wahrgenommen (Korrelationskoeffizient = 0.29 / P-Wert = 0.010) - dies mit einer statistischen Signifikanz zum 0.95 Konfidenzniveau.

Eine weitere statistisch signifikante Korrelation besteht zwischen der Beantwortung von Frage F.6 und F.7. Je höher die Befragten den Beitrag des interdisziplinären Modells zu einer ganzheitlichen Behandlung bewerteten, desto weniger erschien es ihnen als Entlastungsfaktor (Korrelationskoeffizient = -0.26 / P-Wert = 0.000).

Die Interpretation dieser statistischen Resultate ermöglicht weitere Ansatzpunkte für die folgende Diskussion und Ausblick in den zwei nächsten Kapiteln.

7 Diskussion & Interpretation der Resultate

Um die eingangs gestellte Forschungsfrage, inwiefern eine 'integrative psychosoziale Beratung' in Schweizer Hausarztpraxen zu einer ganzheitlichen Behandlung beitragen kann, zu beantworten, werden in diesem Kapitel die Hauptergebnisse aus der quantitativen Befragung und aus dem Studien-Review einander gegenübergestellt und diskutiert. Auf diese Weise werden die neuen Erkenntnisse, welche aus den Resultaten hervorgehen, dargelegt. Dabei werden auch die Ergebnisse aus dem institutionellen und theoretischen Rahmen in die Diskussion miteinbezogen. Im Anschluss werden die Resultate von den Autorinnen kritisch gewürdigt und die Relevanz für die Beantwortung der Forschungsfrage diskutiert.

Um der Diskussion und der Interpretation der Resultate Struktur zu verleihen, orientieren sich die Autorinnen an den in Kapitel 1.4 gestellten Unterfragen.

7.1 Prävalenz & Mitbehandlung von psychosozialen Problemen in Hausarztpraxen

Ergebnisse aus dem Studien-Review haben ergeben, dass Hausärzte in Deutschland bei rund einem Siebtel ihrer Konsultationen mit sozialen, nicht-krankheitsbezogenen Problemen konfrontiert werden (Jobst & Joos, 2014, S. 500). Mehr als die Hälfte der Konsultationszeit bei vorliegenden psychosozialen Problemen wird dabei durch dessen Thematisierung eingenommen. Dabei handeln die behandelten Themen vor allem von Schwierigkeiten im Beruf oder in der Ausbildung sowie von Problemen innerhalb der Familie und der Partnerschaft (S. 501). Weiter konnte festgestellt werden, dass sowohl in deutschen Arztpraxen als auch in den USA und in Dänemark psychosoziale Probleme als Grund für Arztkonsultationen mitwirken (Zimmermann et al., 2018; Vedsted et al., 2004; Bikson et al., 2009). Auch hier reichen die psychosozialen Probleme von Problemen in Beruf und Ausbildung bis hin zu Herausforderungen in zwischenmenschlichen Beziehungen, wie Familienprobleme oder Einsamkeit, zum Umgang mit der eigenen Erkrankung oder der Erkrankung von Angehörigen, aber auch armuts-bezogene Aspekte, wie die Wohnsituation, Transportmöglichkeiten oder persönlicher Stress und der Umgang damit gehören zu den in den Studien genannten Problemen. Die Problemhäufigkeit und -themen können dabei je nach Bevölkerungsgruppe variieren (Jobst & Joos, 2014; Zimmermann et al., 2018; Bikson et al., 2009).

Auch aus der mit Berner Hausärztinnen und -ärzten durchgeführte quantitative Befragung geht eine hohe Prävalenz psychosozialer Probleme hervor. 41 Prozent der Befragten meinen, dass 60 - 80% der Patientinnen und Patienten ein oder mehrere psychosoziale Probleme aufweisen, welche im Rahmen der Sprechstunde in der Hausarztpraxis zum Vorschein kommen. An zweiter Stelle gaben 30 Prozent der befragten Hausärztinnen und -ärzte an, dass 40 - 60% ihrer

Patientinnen und Patienten an einem oder mehreren psychosozialen Problemen leiden. Lediglich 5 Prozent der Befragten gaben an, dass weniger als 20% der Patientinnen und Patienten in der Hausarztpraxis gleichzeitig auch psychosoziale Probleme aufweisen.

Die Analyse nach Unterschieden bezüglich Einschätzung der Prävalenz psychosozialer Probleme zeigte schliesslich auf, dass die Gruppe aus den älteren Praxen die Prävalenz psychosozialer Probleme höher beurteilte als die Gruppe aus den jüngeren Praxen, wobei dieser Unterschied statistisch signifikant ausfiel. Aus diesem Unterschied lässt sich folgern, dass länger bestehende Praxen als Organisationen wohl sensibilisierter sind in Bezug auf die Bedeutung psychosozialer Probleme im gesamtheitlichen Gesundheitsverständnis. Hingegen zeigte sich kein statistisch signifikanter Unterschied in Bezug auf das Abschlussjahr der Befragten. Somit könnte eher die insgesamt bessere Verankerung länger bestehender Praxen oder die Erfahrung des gesamten Ärzteteams entscheidend sein für die Erfassung psychosozialer Probleme. Diesbezüglich sind jedoch weiterführende Befragungen notwendig.

Die Problemfelder, mit denen die meisten Berner Hausarztpraxen regelmässig konfrontiert werden, bilden an erster und zweiter Stelle psychosoziale Probleme in der Partnerschaft, Trennungen und Scheidungen sowie familien-, arbeits- und sozialrechtliche Fragen (z.B. Mobbing am Arbeitsplatz, Kündigung, Probleme mit Sozialversicherungen, Kindes- und Erwachsenenschutzrechtlichen Massnahmen, etc.). An Dritter Stelle stehen mit 69% der Nennungen Probleme im sozialen Umfeld / in sozialen Beziehungen, wie beispielsweise Probleme in Freundschaft, Kollegium, Nachbarschaft etc. und stellen somit ein relativ häufiges psychosoziales Problem dar. Fast ähnlich oft genannt wurden mit 64% Probleme mit Suchtmittel und Alkohol als Bewältigungsstrategie sowie psychosoziale Belastungen in Folge von Arbeitslosigkeit. Fast die Hälfte der befragten Hausarztpraxen sieht sich regelmässig mit psychosozialen Problemen aufgrund von Existenzängsten konfrontiert. Deutlich weniger genannt, aber nicht ausgeschlossen, wurden psychosoziale Probleme und Fragen rund um die Erziehung der Kinder, der Tagesstruktur und Freizeitgestaltung, der Wohnsituation oder Probleme aufgrund erreichter oder bevorstehender Pension. Zusammengefasst konzentrieren sich die Problemfelder in den befragten Berner Hausarztpraxen, die von Relevanz sind, auf die Bereiche Stress, Probleme am Arbeitsplatz, Partnerschaft, Familie, sozialrechtliche Fragen sowie auf soziale Beziehungen und Suchtmittel als Bewältigungsstrategie (vgl. Kap. 6.3.1). Gerade in Bezug auf das Thema Arbeit und Ausbildung sowie zwischenmenschliche Beziehungen können somit ähnliche psychosoziale Problemfelder wie im Studien-Review erkannt werden. Den Autorinnen ist es dabei wichtig zu betonen, dass gerade psychosoziale Probleme wie Suchtmittel- und Alkoholkonsum als Bewältigungsstrategie im Umgang mit

psychosozialen Problemen, armutsbezogenen Problemen sowie sozialrechtliche Fragen oder Fragen zur (bevorstehenden) Pension stark vom behandelten Klientel und den in einer Gesellschaft beziehungsweise sozialen Schicht vorherrschenden sozialen Problemen abhängen.

Trotz der geringen Signifikanz der statistischen Ergebnisse aus der quantitativen Befragung zeigt sich sowohl in den Resultaten des qualitativen Reviews als auch in der quantitativen Befragung eine hohe Prävalenz von psychosozialen Problemen in Berner Hausarztpraxen, aber auch in der medizinischen Grundversorgung anderer westlicher Länder. Dabei fällt auf, dass bei der quantitativen Befragung in Berner Hausarztpraxen 41 Prozent der Hausärztinnen und -ärzte von einer sehr hohen (60 - 80%) Prävalenz bei ihren Patientinnen und Patienten ausgehen. Hier besteht die Möglichkeit, dass bei den Befragten ein Bias in Bezug auf die Wahrnehmung psychosozialer Probleme vorliegt. Dies, weil die Prävalenz psychosozialer Probleme in Hausarztpraxen nicht lückenlos statistisch erhoben wird und die Einschätzung dazu durch Ärztinnen und Ärzte eher subjektiv ist. Zudem konnte im Studien-Review aufgezeigt werden, dass psychosoziale Probleme von Ärztinnen und Ärzten sowie Patientinnen und Patienten unterschiedlich eingeschätzt werden. Laut Bikson et al. (2009, S. 743) wurde die Prävalenz von psychosozialen Problemen bei ihren Patientinnen und Patienten bis auf die Themenfelder der Alkohol- und Drogenabhängigkeit sowie den benötigten Pflegeplätzen seitens der Ärzteschaft tiefer geschätzt als von den Betroffenen selbst. Und auch Jobst & Joos (2014, S. 500) stellten fest, dass die Abgrenzung und Einordnung von psychosozialen Problemen in Hausarztpraxen nicht immer trennscharf erfolgt. Je nach Themenfeld kann es also sein, dass die von Seiten der Ärzteschaft wahrgenommene Prävalenz im Vergleich zur Wahrnehmung der Patientinnen und Patienten zu tief oder zu hoch ausfällt. Somit stellt die Erhebung der Prävalenz psychosozialer Probleme in der medizinischen Grundversorgung anhand der Wahrnehmung seitens der Ärztinnen und Ärzte eine Herausforderung dar und ermöglicht lediglich eine subjektive Einschätzung, die stark von der Sensibilisierung der befragten Hausärztinnen und -ärzte abhängt. Laut Metzner et al. (2017, 168-169) kann eine entsprechende therapeutische oder psychosomatische Spezialisierung sowie die Organisation der Praxen zu einer solchen Sensibilisierung beitragen. Diese Ergebnisse beziehen sich jedoch auf Gynäkologen und Gynäkologinnen. Die Ergebnisse der quantitativen Befragung weisen, wie oben erwähnt, jedoch darauf hin, dass das Alter der Praxis einen zusätzlichen Einfluss auf die Sensibilisierung von Hausärztinnen und -ärzten bezüglich psychosozialen Problemen hat. Auffallend ist, dass bei Jobst & Joos (2014, S. 500) lediglich ein Drittel der Ärztinnen und Ärzten häufig mit psychosozialen Problemen konfrontiert werden, währenddem 41 Prozent der befragten Berner

Hausärztinnen und -ärzte von einer sehr hohen Prävalenz (60 - 80%) und 30 Prozent der Teilnehmenden von einer hohen Prävalenz (40 - 60%) ausgehen. Jedoch gaben rund 85% der befragten Veteranen-Patienten in der Studie von Bikson et al. (2009, S. 743) an, dass sie unter mindestens einem psychosozialen Problem leiden. Somit stellt sich die Frage, ob die aus der quantitativen Befragung hervorgehende hohe Prävalenz psychosozialer Probleme von der geringen Grösse der Stichprobe beeinflusst wurde oder in der Schweiz wirklich eine so hohe Prävalenz psychosozialer Probleme vorliegt, beziehungsweise von Hausärztinnen und -ärzten als so hoch wahrgenommen wird. Aufgrund der vielen unbekanntenen Variablen, die das Auftreten psychosozialer Probleme in Schweizer Hausarztpraxen beeinflussen, kann es sein, dass auch bei einer grösseren, schweizweiten Stichprobe eine ähnlich hohe Prävalenz festgestellt werden würde. Die Differenzen in der wahrgenommenen Prävalenz könnte unter anderem auch durch kulturelle Unterschiede zwischen der Schweiz und Deutschland, was mit dem Hausarzt besprochen wird und was nicht, hervorgerufen worden sein. Weiter können auch strukturelle Unterschiede im Gesundheitswesen und in den verschiedenen Hausarztmodellen beider Länder einen Einfluss auf die unterschiedlich wahrgenommene Prävalenz psychosozialer Probleme haben. Zudem gilt es zu berücksichtigen, dass das Forschungsdesign der quantitativen Befragung und der im Review verwendeten Studien nicht identisch ist und somit einen Vergleich der Ergebnisse erschwert wird. Trotz der oben genannten Unterschiede zeigt sich jedoch, dass psychosoziale Probleme in der medizinischen Grundversorgung sowohl in Berner Hausarztpraxen als auch international eine Realität darstellen, welche es nicht zu vernachlässigen gilt und in der Zukunft Rechnung getragen werden muss.

In Bezug auf die Befragung zur Mitbehandlung psychosozialer Probleme geht hervor, dass 33% der Befragten angaben, psychosoziale Probleme mitzubehandeln. 27% der Befragten stimmten der Aussage psychosoziale Probleme mitzubehandeln völlig zu, während ebenfalls 27% teilweise zustimmten. Hier gilt es, ein mögliches Bias der Befragten mitzubedenken. Die befragten Ärztinnen und Ärzte könnten durch ihr eigenes Verständnis des Berufsbilds einer Hausärztin oder -arztes, das idealerweise eine vollumfassende Behandlung erbringt, dazu angeregt sein, diese Frage zu positiv zu beantworten. So sind Humanmedizinerinnen und -mediziner ohne zusätzliches Studium in Soziale Arbeit, Sozialpsychologie oder Ähnliches aus sozialarbeiterischer Sicht nicht gleich qualifiziert, um sozial-anamnestisch die vorhandenen psychosozialen Probleme zu erheben und folglich ganzheitlich zu behandeln. Der Fokus der quantitativen Befragung auf die Ärzteschaft als einzige befragte Profession brachte zudem die Gefahr mit sich, dass die Ergebnisse zu sehr aus einer Perspektive, nämlich derjenigen der Medizin, stammten. Im Rahmen der vorliegenden Bachelor-Thesis hätte eine Befragung

weiterer Professionen jedoch den Rahmen gesprengt. Ausserdem wird anhand des Studien-Reviews der Mehrwert von sozialarbeiterischen Programmen und Interventionen in der medizinischen Grundversorgung thematisiert und deutlich aufgezeigt.

Aus dem Studien-Review geht weiter die Wichtigkeit der Vermittlung von Patientinnen und Patienten mit psychosozialen Problemen an spezialisierte Beratungsstellen hervor (Jobst & Joos, 2014, S. 496). Dabei spielt das Wissen der Ärztinnen und Ärzte um die lokalen sozialen Dienste und Wohlfahrtseinrichtungen eine zentrale Rolle für eine erfolgreiche Vermittlung. Eine Medikalisierung psychosozialer Probleme wird hingegen als kritisch erachtet. Zimmermann et al. (2018, S. 88) weisen darauf hin, dass sich trotz der häufigen Mitbehandlung psychosozialer Probleme anhand pragmatischer Lösungen innerhalb der Hausarztpraxis viele Hausärztinnen und -ärzte eine institutionalisierte Ansprechperson wünschen. Als weitere Möglichkeiten werden zudem ambulante, psychosoziale Dienste oder Collaborative Care Interventionen sowie eine Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Ärztinnen und Ärzte als Entlastungsfaktor genannt. Zudem zeigt die Studie von Bikson et al. (2009, S. 744), dass sich auch die befragten Patientinnen und Patienten eine Behandlung durch Sozialarbeitende wünschen. Je mehr psychosoziale Probleme vorliegen, desto grösser ist laut der Studie das Bedürfnis nach sozialarbeiterischer Beratung. Ähnliches gilt zudem auf Seiten der Ärzteschaft. Je mehr diese mit psychosozialen Problemen ihrer Patientinnen und Patienten konfrontiert werden, desto höher ist der Wunsch nach einer institutionalisierten Ansprechperson (Zimmermann et al., 2018, S. 87).

Bei der quantitativen Befragung gaben 57% der befragten Hausärztinnen und -ärzte an, Patientinnen und Patienten mit psychosozialen Problemen nur teilweise an externe Fachleute der Sozialen Arbeit weiterzuvermitteln. Nur bei 5% der Teilnehmenden wird eine Mitbehandlung durch oder eine Weiterleitung an Fachpersonen der Sozialen Arbeit in den meisten Fällen vorgenommen. Es zeigte sich weiter, dass die befragten Hausarztpraxen oft mit externen sozialarbeiterischen Fach- und Beratungsstellen und mit sozialen Institutionen, an die sie ihre Patientinnen und Patienten verweisen, vernetzt sind. Dabei handelt es sich auffallend oft um behördlich organisierte Stellen. Mit Sozialdiensten, Kindes- und Erwachsenenschutzbehörden, aber auch mit Sozialversicherungen wie IV, AHV und RAV-Stellen sehen sich fast drei Viertel der Teilnehmenden in der Zusammenarbeit oder Interaktion konfrontiert. Die häufige Nennung von Fach- und Dienstleistungsorganisationen, wie die Pro Infirmis, Pro Mente Sana oder Pro Senectute (67% der Teilnehmenden), Fachstellen für Prävention und Sucht, z.B. das blaue Kreuz (61%) und die Familienberatung (59%), an welche die Befragten ihre Patientinnen und Patienten oft überweisen, wird der Zusammenhang mit der erörterten Prävalenz psychosozialer

Probleme sichtbar, wo Suchtprobleme als Bewältigungsstrategie zum Vorschein treten, aber auch familiäre und stress- oder depressions-bezogene Problemfelder häufig genannt wurden. Aus Sicht der Autorinnen ist es in einem Rechts- und Sozialstaat selbstverständlich wichtig, dass solche staatlich finanzierten Fach- und Beratungsstellen zum öffentlichen Angebot gehören und weiterhin bestehen, wenn nicht sogar ausgebaut werden. Nichtsdestotrotz sind behördliche Sozialinstitutionen sowie Fach- und Beratungsstellen in den meisten Fällen überlastet sind. So können Mandate, die Sozialarbeitende tragen aufgrund fehlender Ressourcen nicht in ausreichendem, methodisch korrektem und ganzheitlichem Umfang angeboten werden.

Als eine weitere Schwierigkeit erscheint die Tatsache, dass der Verweis durch die Hausärztin oder den Hausarzt an eine soziale Institution keine medizinische Überweisung darstellt und daher in der Regel von Patientinnen und Patienten auch nicht wahrgenommen werden muss. Für die Hausarztpraxen ist es somit auch aus strukturellen, wie auch aus zeitlichen Gründen schwierig nachzuforschen, ob Patientinnen und Patienten die Angebote auch tatsächlich wahrgenommen haben. Daher erscheint den Autorinnen eine 'integrative psychosoziale Beratung' in Schweizer Hausarztpraxen eine durchaus valable Lösung für die Zukunft, welche durch eine frühe Intervention sowohl präventive wie auch finanzielle Vorteile haben könnte und insbesondere zu einer ganzheitlichen Behandlung in Hausarztpraxen verhelfen kann. In Kapitel 7.3. zum Mehrwert der Sozialen Arbeit in Bezug auf eine ganzheitliche Behandlung wird weiter auf mögliche Auswirkungen einer 'integrativen psychosozialen Beratung' eingegangen. Zuerst wird jedoch im folgenden Kapitel auf den wahrgenommenen Bedarf von Seiten der befragten Hausärztinnen und -ärzte bezüglich eines solchen interdisziplinären Hausarztpraxismodells eingegangen.

7.2 Bedarf einer 'integrativen psychosozialen Beratung'

Mehr als die Hälfte der befragten Hausärztinnen und -ärzte ist der Meinung, dass ein interdisziplinäres Modell einen grossen Beitrag zu einer ganzheitlichen Behandlung leisten würde, während weitere 35 Prozent der Befragten dieser These zumindest grundsätzlich zustimmen. Lediglich 11 Prozent der Befragten stimmten nur teilweise zu, dass eine interdisziplinäre Behandlung zu einer ganzheitlichen Behandlung verhelfen kann. Etwas ausgeglichener ist die Beurteilung des interdisziplinären Modells als Entlastungsfaktor für Hausärztinnen und -ärzte. 30 Prozent der Befragten stimmen einem interdisziplinären Modell als Entlastung in Hausarztpraxen vollständig zu, währenddem weitere 40 Prozent dieser

Aussage zumindest grundsätzlich zustimmten. Jedoch sahen bei dieser Frage auch 30 Prozent der Befragten nur teilweise einen Nutzen für die Entlastung von Ärztinnen und Ärzten.

Es konnte schliesslich auch ein statistisch signifikanter Zusammenhang festgestellt werden, wobei befragte Hausärztinnen und -ärzte, welche in ihrer Eigeneinschätzung psychosoziale Probleme primär selbst behandeln, ein interdisziplinäres Modell eher als Entlastung wahrnehmen. Dies könnte aus der Sicht der Autorinnen daran liegen, dass diese Hausärztinnen und -ärzte eine höhere Sensibilisierung des Themas aufweisen, weshalb sie in ihrem Selbstverständnis psychosoziale Probleme mitbehandeln, sich dabei jedoch, vielleicht gerade weil sie psychosoziale Probleme im Gegensatz zu anderen Befragten wahrnehmen, Unterstützung von dafür qualifizierten Fachpersonen wünschen. Je höher die Befragten jedoch den Beitrag eines interdisziplinären Modells zu einer ganzheitlichen Behandlung bewerteten, desto weniger erschien es ihnen als Entlastungsfaktor attraktiv für die hausärztliche Behandlung als Ärztin oder Arzt. (vgl. Kap. 6.3.2). Diese Diskrepanz könnte aus Sicht der Autorinnen damit zusammenhängen, dass Befragte, welche die Mitbehandlung psychosozialer Probleme als Beitrag oder Teil einer ganzheitlichen Behandlung erachten, über ein anderes Gesundheits- und Behandlungsverständnis verfügen als beispielsweise Sozialarbeitende. Der oben genannte Widerspruch legt aber auch die Vermutung nahe, dass aus Sicht der Befragten eine Implementierung eines neuen interdisziplinären Hauspraxismodells auch mit interprofessioneller Zusammenarbeit und damit mit neuen internen Prozeduren verbunden wäre, welche einen zusätzlichen Aufwand mit sich bringen würden. Neben den zeitlichen Ressourcen, die eine solche Implementierung fordern würde, ist auch die Finanzierung eines solchen Modells noch unklar.

In einer Studie von Keefe et al. (2009, S. 590) wurde gerade auch die Befürchtung eines hohen Zeitaufwands für die interprofessionelle Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden von Seiten der Ärztinnen und Ärzte thematisiert. Ausserdem gelten mangelnde finanzielle Ressourcen als zusätzlich hinderliche Faktoren für eine interprofessionelle Zusammenarbeit (Raghallaigh et al., 2013, S. 939; Cameron et al., 2014, S. 231; Tousijn, 2012, S. 533). Gerade aus den USA gibt es jedoch mehrere erfolgreiche Beispiele sozialarbeiterischer Programme in der medizinischen Grundversorgung, die darauf hinweisen, dass eine Implementierung eines interdisziplinären oder multidisziplinären Teams unter den richtigen Voraussetzungen gelingen kann (Reckrey et al. 2014; Xiang et al. 2019; Lahey et al. 2019).

Weiter ist die relativ hohe Prävalenz psychosozialer Probleme in der quantitativen Befragung zu berücksichtigen. So liegt es aus Sicht der Autorinnen nahe, dass bei einer wahrgenommen hohen Problemhäufigkeit in Berner Hausarztpraxen auch eine grössere Sensibilisierung

bezüglich einer ganzheitlichen Behandlung gegeben sein könnte oder umgekehrt, aufgrund einer ausgeprägten Sensibilisierung eine hohe Problemhäufigkeit wahrgenommen wird. Da Hausarztpraxen jedoch selten interne Sozialarbeitende aufweisen, kann es zudem sein, dass es für die befragten Hausärztinnen und -ärzte eine Herausforderung darstellt, sich dem Nutzen einer 'integrativen psychosozialen Beratung' in Hausarztpraxen umfassend bewusst zu sein. Gerade auch ein Kommentar einer oder eines Befragten lässt darauf schliessen, dass Hausärztinnen und -ärzte sowie die Öffentlichkeit allgemein wenig über das Studium und Kompetenzbereiche von Sozialarbeitenden wissen (siehe Kap. 6.3.1):

“Einen Psychologen in der Praxis anzustellen erschien aus ärztlicher Sicht als übertrieben, zumal sich diese mit psychischen Erkrankungen in eigenen Praxen befassen können. Mir/uns war nicht bekannt, dass Sozialarbeitende über ein Studium verfügen und sich mit der Behandlung von psychosozialen Problemen in dieser Form so breit und präventiv befassen könnten. Daher kam eine interdisziplinäre Praxis nie zur Rede. Wenn die Finanzierung sichergestellt wäre und ein umsetzbares Konzept vorliege, wäre dies durchaus ein denkbarer, alternativer Behandlungsansatz.”

Ein weiterer, offener Kommentar der quantitativen Befragung weist auf das Fehlen von Sozialarbeitenden im ambulanten Setting hin (siehe Kap. 6.3.1):

“Ein Sozialdienst, wie es ihn in grösseren Spitälern gibt, fehlt im ambulanten Bereich und führt zu sehr viel Mehraufwand für den Arzt mit wahrscheinlich dennoch deutlich schlechterer Qualität (...).”

Zudem wird in den offenen Kommentaren aus der Befragung zweimal auf die Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit externen Fachstellen hingewiesen. Zudem wird auch zweimal betont, dass eine enge Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden und eine psychosoziale Beratung wünschenswert wären. Ein Kommentar erwähnt zudem, dass die befragte Hausarztpraxis gerade daran ist, ein interdisziplinäres Modell mit biopsychosozialen Krankheitsverständnis und einer integrierten Sozialberatung umzusetzen. All diese Aussagen bestätigen nochmals die Ergebnisse aus der quantitativen Befragung und weisen aus Sicht der Autorinnen zusätzlich darauf hin, dass der Bedarf einer 'integrativen psychosozialen Beratung' in Hausarztpraxen durchaus vorhanden ist.

7.3 Mehrwert der Sozialen Arbeit in Bezug auf eine ganzheitliche Behandlung

Wie bereits erwähnt, stammen viele der Beispiele zur Mitbehandlung psychosozialer Probleme durch Sozialarbeitende aus den USA. Dies ist hinsichtlich der dortigen berufspolitischen Verankerung klinischer Sozialarbeit und dem Selbstverständnis als psychotherapeutisch

beratende Fachsozialarbeit nicht weiter verwunderlich (Pauls, 2013, S. 14, 18). Als Beispiel der Behandlung psychosozialer Probleme aus Europa können zudem niederländische Hausarztpraxen mit psychiatrischem Pflegefachpersonal genannt werden (Magnée et al. 2016). Auch in den UK und in Irland sowie in Norditalien wurden in den Studien Collaborative Care Teams in der medizinischen Grundversorgung umrissen (Tousijn, 2012; Raghallaigh et al., 2013). Der Studien-Review zeigte zudem auf, dass Sozialarbeitende in der medizinischen Grundversorgung vielfältige und komplexe Funktionen und Rollen übernehmen. Diese reichen von Koordinations- und Managementaufgaben über Beratungsaufgaben und Psychoedukation sowie evidenzbasierten Interventionen hin zur Bereitstellung und dem Zugänglichmachen von Ressourcen und der interprofessionellen Zusammenarbeit (González-Ramos et al., 2019; De Saxe Zerden et al., 2019; Stanhope et al., 2015). Als Mehrwert der Sozialen Arbeit im Gesundheitswesen kann zudem eine starke Gemeindenähe sowie die Zusammenarbeit mit Familien und Angehörigen betont werden. Zudem ging aus dem Studien-Review hervor, dass Sozialarbeitende aufgrund ihres Fachwissens zu psychosozialen Risikofaktoren, ihrer ganzheitlichen, klientenzentrierten und umweltbezogenen Sichtweise sowie aufgrund ihres Methodenrepertoires geeignete Fachkräfte für die Behandlung von psychosozialen Problemen darstellen (De Saxe Zerden et al, 2019; Lahey et al., 2019). Zudem werden im Review auch auf die Werte und den Ethikkodex der Sozialen Arbeit und die damit verbundene anwaltschaftliche Arbeitsweise von Sozialarbeitenden für die Patientinnen und Patienten hingewiesen (De Saxe Zerden et al., 2019, S.145). Es lässt sich also sagen, dass Sozialarbeitende durch ihr Studium und ihr Theorien- sowie Methodenrepertoire - gerade im Kontext der USA - eine grosse Palette an Kompetenzen mitbringen, die einen klaren Mehrwert in der medizinischen Grundversorgung darstellen und die Behandlung von psychosozialen Problemen ermöglichen. Die Autorinnen der vorliegenden Bachelor-Thesis gehen ausserdem davon aus, dass sich die oben genannten Fähigkeiten und Kompetenzen mit dem Verständnis der Klinischen Sozialarbeit nach Pauls (2013, S. 17) als *„integrierten professionellen Ansatz zur Verbesserung der psycho-sozialen Passung zwischen Klient beziehungsweise Klientensystem und Umwelt“* deckt und auch die im Studien-Review aufgezählten Methoden, wie beispielsweise die psychosoziale Beratung, die Psychoedukation oder das Case Management mit den von Pauls beschriebenen Methoden der Klinischen Sozialarbeit übereinstimmen (S. 17).

Resultate des Studien-Reviews wiesen weiter auf die Wirksamkeit von sozialarbeiterischen Interventionen in der medizinischen Grundversorgung hin. Obwohl grossflächig repräsentative und komparative Studien zu den Auswirkungen sozialarbeiterischer Programme zu einem grossen Teil fehlen, können in kleineren Studien Hinweise auf eine verbesserte Gesundheit und

Wohlbefinden sowie auf eine bessere Alltagsbewältigung gefunden werden (Cameron et al., 2010; McGregor et al., 2018). Auch zeigt das Review, dass durch sozialarbeiterische Massnahmen teilweise unangebrachte und kostenintensive Überweisungen oder Spitalaufenthalte verringert, und Menschen in der Pflege zuhause unterstützt werden können (Auerbach & Mason, 2010, S. 314). Die Soziale Arbeit nimmt in der medizinischen Grundversorgung eine wichtige Rolle ein, um vulnerable Bevölkerungsgruppen mit komplexen, psychosozialen Problemlagen oder mit Multimorbidität zu unterstützen und somit gesundheitlicher Ungleichheit entgegenzuwirken (Xiang et al., 2019; McGregor et al., 2018). Die Autorinnen sind der Meinung, dass diese Ergebnisse aus dem Review auch auf eine zukünftige 'integrative psychosoziale Beratung' in Hausarztpraxen übertragbar sind. So stellt beispielsweise auch in der Schweiz die Zunahme der Multimorbidität bei Menschen ab dem Alter von 50 Jahren eine klare Herausforderung dar (Moreau-Gruet, 2013, S. 4). Dabei stellen auch in der Schweiz soziale Faktoren Risiko- und Entlastungsfaktoren bezüglich der Entstehung von Multimorbidität dar (S. 4). Somit kommt gerade auch der Mitbehandlung von psychosozialen Problemen durch Sozialarbeitende in Bezug auf die Prävention und auf die Behandlung von Menschen mit Multimorbidität eine wichtige Rolle zu.

Trotz den im Studien-Review nicht abschliessend bewiesenen, kostensenkenden Auswirkungen sozialarbeiterischer Interventionen, können sich die Autorinnen jedoch vorstellen, dass durch eine frühzeitige Mitbehandlung psychosozialer Probleme, zumindest langfristig gesehen, nachgelagerte soziale Institutionen sowie das Gesundheitswesen durch eine ganzheitliche Behandlung in Hausarztpraxen entlastet werden könnten. Weiter könnte damit eventuell der aktuellen Herausforderung der stetig steigenden Gesundheitskosten in der Schweiz entgegengewirkt werden. Dies gerade, da vor allem die Zunahme von Multimorbidität einhergehend mit psychischen Erkrankungen kostentreibend sind (Kocher, 2011, S. 1466; Gustavsson et al., 2010, S. 718). Aus Sicht der Autorinnen könnte durch eine ganzheitliche Behandlung dem Risiko entgegengewirkt werden, dass Patientinnen und Patienten mit multiplen psychosozialen Problemen von Hausärztinnen und -ärzten medikalisiert werden oder in Akutsituationen in stationäre Psychiatrie-Settings überwiesen werden. Neben den oben erwähnten Kompetenzen von (klinischen) Sozialarbeitenden, die einen klaren Mehrwert leisten, bietet hier auch das biopsychosoziale Modell nach Engel (1977) eine wichtige Orientierungshilfe in der ganzheitlichen Behandlung, aber auch die ressourcenorientierte Perspektive der Salutogenese (Antonovsky, 1997).

7.4 Voraussetzungen für eine gelingende 'integrative psychosoziale Beratung'

Eine wichtige Voraussetzung für eine gelingende 'integrative psychosoziale Beratung' in Schweizer Hausarztpraxen stellt aus Sicht der Autorinnen eine funktionierende interprofessionelle Zusammenarbeit dar. Im Studien-Review konnten hierzu förderliche und hinderliche Faktoren festgestellt werden (Cameron et al., 2014; Tousijn, 2012; Keefe et al., 2009; Raghallaigh et al., 2013). Eine Grundproblematik für Sozialarbeitende in multidisziplinären Teams stellt in vielen Settings eine mangelnde Anerkennung der sozialarbeiterischen Werte, respektive die Perspektive gegenüber der medizinisch dominierenden *healing culture* dar. Einhergehend damit kann es zu Rollenkonfusion auf Seiten der Sozialarbeitenden kommen. Obwohl es Hinweise dazu gibt, dass die dominierende Rolle der Medizin gerade auch durch die multidisziplinären Teams abgenommen hat, können jedoch nach wie vor Hierarchien innerhalb der multidisziplinären Teams erkannt werden (Tousijn, 2012, S. 530 - 532). Grundsätzlich bilden gemeinsame Ziele und die Anerkennung der verschiedenen Rollen und Verantwortlichkeiten innerhalb eines multidisziplinären Teams wichtige Voraussetzungen für eine gelingende Zusammenarbeit. Auch sind gemeinsame Teamsitzungen oder Schulungen förderlich, um Spannungen zwischen den verschiedenen Kulturen der Professionen abzubauen (Tousjin, 2012; Cameron et al., 2014). Ein effektiver Informationsaustausch, eine starke Führung und eine professionelle Unterstützung durch die Leitung, sowie adäquate Ressourcen können weitere förderliche Faktoren darstellen. Auch eine räumliche Präsenz der Sozialarbeitenden in den Praxen wurde in den Studien als förderlich angesehen. Hingegen wurden mangelnde finanzielle Ressourcen und Zeitressourcen in den Studien als hinderlich benannt. Dabei ist zu beachten, dass eine interprofessionelle Zusammenarbeit immer auch einen gewissen Zeitaufwand voraussetzt (Cameron et al., 2014; Keefe et al., 2009).

Im Studien-Review wird zudem die Notwendigkeit betont, den wichtigen Beitrag von Sozialarbeitenden in der medizinischen Grundversorgung sichtbar zu machen. So ist es laut Aussagen diverser Journals und Studien wichtig, medizinisches Fachpersonal sowie die Öffentlichkeit über die Ausbildung und Kompetenzen von Sozialarbeitenden zu informieren und aufzuklären, um realistische Erwartungen an Sozialarbeitende generieren zu können. Zudem wird eine Kompetenzförderung in der Ausbildung von Sozialarbeitenden in Bezug auf interprofessionelle Zusammenarbeit sowie auch auf medizinisches Grundwissen beziehungsweise Wissen zum Gesundheitssystem als relevant angesehen (González-Ramos et al., 2019; De Saxe Zerden et al., 2019; Stanhope et al., 2015). Dies deckt sich mit den Erkenntnissen aus dem Theorieteil zur interprofessionellen Zusammenarbeit.

So steht gemäss Bienz & Reinmann (2004, S. 70 ff.) auch eine starke interprofessionelle Identität in engem Zusammenhang mit einer gelingenden interprofessionellen Zusammenarbeit. Die Zusammenarbeit von Sozialarbeitenden mit Hausärztinnen und -ärzten setzt aus Sicht der Autorinnen somit auch eine adäquate Kommunikation und Verteidigung ihrer Kompetenzen und Fähigkeiten voraus. Eine mangelnde Positionierung und Kommunikation über die Fähigkeiten und Zuständigkeitsbereiche der eigenen Profession stellen laut Bienz & Riemann mitunter relevante Faktoren dar, weshalb die Soziale Arbeit in der interprofessionellen Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zu spät, mangelhaft oder gar nicht in den Behandlungsauftrag miteinbezogen wird.

Eine unklare oder mangelnde Kommunikation seitens der Sozialen Arbeit in Bezug auf ihre diagnostischen und handlungstheoretischen Fähigkeiten und Kompetenzen kann demnach zu einer selbstverschuldeten Fremdbestimmung führen (Bienz & Reinmann, 2004, S. 71). So verfügen Sozialarbeitende nach Sommerfeld et al. (2008) über ein Studium und Wissen, welches auf Professionalität abstellt. Laut Sommerfeld et al. (2008, S. 7) gibt es auch viele Indikatoren, welche darauf hinweisen, dass viele medizinische Fachpersonen zwar den Begriff des biopsychosozialen Modells kennen, jedoch nicht genau in seiner Theorie verstehen. Insbesondere (klinische) Sozialarbeitende verfügen oft über ein grosses Wissen darüber, welchen Stellenwert die soziale Dimension von Gesundheit in einer ganzheitlichen Behandlung hat. Zur gleichen Zeit scheinen Sozialarbeitende aber nicht in der Lage zu sein, dieses Wissen zu kommunizieren und zu vertreten (S. 7).

Um Koordinationsprobleme in der interprofessionellen Zusammenarbeit zu vermeiden und das Vertrauen in die Kompetenzen der jeweils anderen Disziplin zu fördern, ist in den letzten Jahren in den USA das Konzept der Interprofessional Education (IPE) entstanden. So spricht auch die WHO dann von Interprofessional Education, *„wenn Studierende von zwei oder mehreren Professionen von und miteinander lernen, um effektiv zusammenzuarbeiten und um die Wirkung der Behandlung zu verbessern“* (WHO, 2010). Dieses Konzept passt wiederum zu den Ergebnissen aus dem Studien-Review, bei denen als förderliche Faktoren für eine interprofessionelle Zusammenarbeit die Wichtigkeit von gemeinsamen Schulungen und Teamsitzungen betont werden, um die Differenzen der verschiedenen Professionen abzubauen (Tousijn, 2012; Cameron et al., 2014).

Die Autorinnen dieser Bachelor-Thesis schlussfolgern aus den obigen Ausführungen deshalb, dass es wichtig ist, dass die Interprofessionalität - vor dem Zusammentreffen der Fachpersonen der verschiedenen Disziplinen in der Praxis - bereits im jeweiligen Studium gefördert wird. Dies beispielsweise, indem Skills für eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit erarbeitet

und gelehrt werden, aber auch Wissen über andere Professionen und Disziplinen vermittelt wird. Damit kann das Vertrauen in die Kompetenzen der anderen Fachpersonen gefördert werden und gleichzeitig können die Zuständigkeiten und Grenzen der eigenen Profession besser eingeschätzt werden.

Ein optimales Zusammenspiel aller oben genannten Faktoren würde sich daher positiv auf die interdisziplinäre Behandlung von Patientinnen und Patienten in Hausarztpraxen auswirken. Eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden in Schweizer Hausarztpraxen würde Verhandlungen und Interaktionen zwischen den involvierten Sozialarbeitenden, Hausärztinnen und -ärzten, den Betroffenen, sowie anderen, möglicherweise bereits involvierten Fachpersonen und Institutionen bedingen. Ausserdem müsste eine frühe und in Zukunft wünschenswerte interprofessionelle Bildung bereits im Studium von zukünftigen Ärztinnen und Ärzten, von Sozialarbeitenden, aber auch von Psychologinnen und Psychologen stattfinden. Auch auf sekundärer Ausbildungsstufe bei medizinischen Assistenzberufen sollte bereits auf die in der Praxis kommende und notwendige Interprofessionalität vorbereitet werden, so dass genügend Wissen über die Kompetenzen der aufeinandertreffenden sozialen und gesundheitlichen Professionen vorhanden ist. Damit könnten das Fachwissen und die Beiträge der verschiedenen Disziplinen allseits geschätzt und den Patientinnen und Patienten bereits frühzeitig in Hausarztpraxen präventiv sowie im Sinne einer ganzheitlichen Behandlung zur Verfügung gestellt werden. Um die Stellung von Sozialarbeitenden innerhalb eines multidisziplinären Teams im Gesundheitswesen weiter zu stärken, könnten ausserdem berufspolitische Überlegungen und Überlegungen zur Ausbildung und Qualifizierung von Sozialarbeitenden in den Blick genommen werden. Nach Bosshard et al. (2007, S. 535 - 542) sind Sozialarbeitende verpflichtet, sich aufgrund der sich ständig verändernden und immer komplexeren sozialen Problemlagen laufend fort- und weiterzubilden, so dass sie den sich verändernden Erwartungen bezüglich den von ihnen erbrachten psychosozialen Leistungen gerecht werden können (S. 535). Durch Weiterbildungen, eine starke professionelle Identität, und der klaren Positionierung der Klinischen Sozialarbeit als Fachsozialarbeit könnte somit die Qualifizierung und Positionierung der Sozialarbeitenden innerhalb des interprofessionellen Behandlungsteams gestärkt werden. Dies könnte beispielsweise mit einem postgradualen Studiengang erreicht werden (S. 537 - 540).

Aber auch durch die klare Positionierung der klinischen Sozialarbeit als Fachsozialarbeit, wie es in den USA bereits seit 1978 als eigene spezialisierte Profession der Fall ist (S. 541). Das Mitspracherecht und die Anerkennung für die Soziale Arbeit im interprofessionellen Behandlungsauftrag könnte sich dabei mit einer arbeitsrechtlich geschützten Lizenz als

Klinische Sozialarbeitende legitimieren. In den USA ist dies seit 1978 bereits der Fall, wobei durch die wissenschaftliche Anerkennung der CSW (Clinical Social Work) als ‚therapierend-beratende Profession‘ die Leistungen von klinischen Sozialarbeitenden sogar durch die Krankenversicherung gedeckt werden (Bosshard et al., 2007, S. 541). Ob solche Möglichkeiten zur finanziellen Deckung von sozialarbeiterischen Interventionen beziehungsweise einer ‚integrativen psychosozialen Beratung‘ in Schweizer Hausarztpraxen vorhanden sind, müsste in einem weiteren Schritt überprüft werden. Jedoch weisen obenstehende Ausführungen daraufhin, dass die Chancen einer Legitimierung und Finanzierung einer ‚integrativen psychosozialen Beratung‘ durch eine starke professionelle Identität und berufspolitische Förderung gesteigert werden können.

Neben einer funktionierenden interprofessionellen Zusammenarbeit, einer starken professionellen Identität der Sozialarbeitenden, deren berufspolitischen Stärkung und ausbildungsbedingten Qualifizierung spielen für eine gelingende ‚integrative psychosoziale Beratung‘ in Hausarztpraxen selbstverständlich noch weitere Faktoren eine wichtige Rolle. So konnte beispielsweise die Frage der Finanzierung und der strukturellen Organisation des Modelles einer ‚integrativen psychosozialen Beratung‘ im Rahmen der vorliegenden Bachelor-Thesis nicht abschliessend geklärt werden. Aufgrund der Ergebnisse des Studien-Reviews kann jedoch davon ausgegangen werden, dass eine räumliche Präsenz der Sozialarbeitenden innerhalb der Hausarztpraxen von Vorteil sein kann. Eine kritische Würdigung der Ergebnisse sowie ein Ausblick für weitere Forschungsarbeiten und Umsetzungsmöglichkeiten in der Praxis bilden das nächste Kapitel.

7.5 Kritische Würdigung und Ausblick

Im Rahmen dieser Bachelor-Thesis weiterhin unbeantwortet bleibt einerseits die Frage, wie psychosoziale Probleme von Patientinnen und Patienten in Schweizer Hausarztpraxen sozial-anamnestisch möglichst breit erhoben werden können und wie die internen Prozesse und institutionellen Rahmenbedingungen bei einer allfälligen interprofessionellen Zusammenarbeit aussehen müssen. Dafür wären im Rahmen einer weiteren vertieften Arbeit spezifisch interprofessionelle Prozesse, Interaktionen und Behandlungsabläufe zu untersuchen. Weiter ungeklärt bleibt zudem, wer die Kosten für eine ‚integrative psychosoziale Beratung‘ in Schweizer Hausarztpraxen tragen würde. Für eine zukünftige Implementierung eines interdisziplinären Hausarztpraxis-Modells reicht die Bachelor-Thesis, welche aufzeigt, weshalb aus wissenschaftstheoretischer Sicht eine psychosoziale Beratung in Hausarztpraxen für eine ganzheitliche Behandlung sinnvoll und notwendig ist, nicht aus. Die vorliegende Arbeit könnte

hingegen als Basis für die Begründung einer Projektkonzeption eines neuen Hausarztpraxis-Modells dienen. Faktoren wie die Finanzierung oder wie die Prozesse und Abläufe genau aussehen, bleiben damit jedoch unbeantwortet.

Zum empirischen Teil der quantitativen Befragung lässt sich sagen, dass die Forschenden keine Kontrolle über den Rücklauf hatten und sich dies als Schwierigkeit darstellen kann. Obwohl viele Ärztinnen und Ärzte auf die Umfrage aufmerksam gemacht wurden, war der Rücklauf letztlich doch deutlich tiefer als erwartet. Schliesslich konnte trotzdem eine auswertbare Stichprobengrösse erreicht werden. Bezüglich der Stichprobe stellt sich rückblickend jedoch die Frage, inwiefern diese überhaupt repräsentativ ist, da es sich um ein sogenanntes Convenience-Sampling handelte (Akremi, 2014, S. 272). Das heisst, dass die Befragten vorher angefragt wurden und die Fragebögen nicht randomisiert ohne Ankündigung verteilt wurden. Eine Schwäche der Befragung war daher auch die kleine Stichprobe im Kanton Bern, die in einer weiterführenden Forschungsarbeit, beispielsweise im Rahmen einer Masterthesis, grösser angelegt werden muss, damit verlässliche Faktoren ermittelt werden können und extern gesamtschweizerisch valide Resultate generiert werden können.

Der Fokus auf Ärzte als einzige befragte Profession bringt zudem die Gefahr mit sich, dass die Ergebnisse zu sehr aus der medizinischen Perspektive stammen. Ausserdem gilt es bei der Auswertung der Fragen zu berücksichtigen, dass bei den Befragten ein Bias hinsichtlich ihrer eigenen Fähigkeiten, aber auch hinsichtlich der Einschätzung psychosozialer Probleme bei ihren Patientinnen und Patienten vorliegen kann, welcher in der Auswertung nicht eruierbar ist. Als Ergänzung der medizinischen Perspektive bringen die Autorinnen jedoch eine sozialarbeiterische Perspektive im Rahmen der gesamten Bachelor-Thesis mit ein. Perspektiven aus der Pflege beziehungsweise von medizinischen Praxisassistentinnen und -assistenten sowie von Psychologinnen und Psychologen konnten im Rahmen der vorliegenden Bachelor-Thesis nicht erhoben werden.

Das Studien-Review stellt methodisch eine Mischform des narrativen und des systematischen Reviews dar. Die Suchkriterien wurden zu Beginn der Literatursuche zwar festgelegt, während der Recherche jedoch erweitert. Auch wurden Auswertungskriterien vorgängig nicht abschliessend definiert, was die Objektivität der Ergebnisse verringern kann. Dennoch wurden die Ergebnisse der Studien anhand der von den Unterfragen abgeleiteten Themenfelder bearbeitet und ausgewertet. Aufgrund der im Rahmen der Bachelor-Thesis möglichen begrenzten Anzahl der ausgewerteten Studien beziehungsweise Journals und den vorgängig erwähnten Kritikpunkten, sind die Ergebnisse des Studien-Reviews nicht abschliessend. Vielmehr bilden sie einen umfassenden Überblick zur Prävalenz und Behandlung

psychosozialer Probleme in der medizinischen Grundversorgung westlich geprägter Länder sowie zum Mehrwert der Sozialen Arbeit in multidisziplinären Teams im Gesundheitswesen. Eine Schwierigkeit für die Vergleichbarkeit der Ergebnisse der verschiedenen Studien stellen jedoch einerseits die verschiedenen Forschungsdesigns der Studien und andererseits die unterschiedlichen gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Kontexte sowie die strukturellen Unterschiede in den verschiedenen Gesundheitssystemen der unterschiedlichen Länder dar. Aus diesem Grund ist auch die Übertragung der Ergebnisse des Studien-Reviews auf die Schweiz vorsichtig zu handhaben. Die Ergebnisse stellen einen hilfreichen Rahmen dar. Ihre Transponierbarkeit kann aber nur durch weiterführende Forschung in Schweizer Hausarztpraxen abschliessend be- oder entkräftet werden. In Bezug auf die Prävalenz psychosozialer Probleme liess sich beispielsweise eine hohe Prävalenz in Schweizer Hausarztpraxen bekräftigen. Da die Prävalenz basierend auf der subjektiven Einschätzung von Hausärztinnen und -ärzte erhoben wurde, erscheint es sinnvoll, in einer grösser angelegten Studie, die Prävalenz von psychosozialen Problemen in Schweizer Hausarztpraxen statistisch zu erheben.

Weder in der Literaturarbeit noch im Studien-Review oder der quantitativen Befragung gab es hypothesenkonträre Ergebnisse. Auch konnten keine Divergenzen im Rahmen des Mixed Methods bezüglich der Ergebnisse des Studien-Reviews und der quantitativen Befragung festgestellt werden. Die Ergebnisse können vielmehr als konvergent und komplementär betrachtet werden. Konvergent sind besonders die Ergebnisse aus dem Review, der Befragung und dem Theorieteil bezüglich der hohen Prävalenz psychosozialer Probleme in der medizinischen Grundversorgung sowie zu den Voraussetzungen für eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit. Die Unterfragen zum Bedarf einer integrativen psychosozialen Beratung in Hausarztpraxen sowie zum Mehrwert der Sozialen Arbeit in der interprofessionellen Zusammenarbeit in der medizinischen Grundversorgung konnten komplementär jeweils durch die quantitative Befragung als auch durch das Studien-Review beantwortet werden. In einer vertiefteren Forschungsarbeit, wie einer Masterarbeit, könnte beispielsweise anhand von qualitativen Interviews oder strukturierten Fokusgruppen bestehend aus Hausärztinnen und -ärzte, aber auch aus anderen relevanten Professionen oder Patientinnen und Patienten vertiefter auf den Bedarf von klinischen Sozialarbeitenden in Schweizer Hausarztpraxen und auf den erwarteten Mehrwert der Sozialen Arbeit eingegangen werden.

Auch kann als Konsequenz aus den Ergebnissen des Studien-Reviews zu den Auswirkungen von internationalen sozialarbeiterischen Interventionen eine breite, komparative Studie

angedacht werden. Denn im Review ging hervor, dass solche langfristig angelegten und vergleichenden Studien zur Kosteneffizienz und zu weiteren Auswirkungen nicht nur in der Schweiz, sondern auch auf internationaler Ebene zu einem grossen Teil fehlen. Anhand eines Pilotprojektes könnten also die von den Autorinnen der Bachelor-Thesis vermuteten präventiven und kostensenkenden Auswirkungen einer 'integrativen psychosozialen Beratung' überprüft werden. Zudem weisen sowohl die Ergebnisse aus dem Studien-Review zu vulnerablen Bevölkerungsgruppen sowie die Erkenntnisse zu den sozialen Risikofaktoren von Multimorbidität auf die Wichtigkeit hin, in der sozialarbeiterischen wie medizinischen Praxis, einen Fokus auf Risikogruppen, die von mehrfachen psychosozialen Problemen betroffen sind, zu legen. Diese können aus der Sicht der Autorinnen soziale Gruppen aus benachteiligten Bevölkerungsschichten sowie chronisch und psychisch erkrankte Menschen, ältere Menschen, aber auch Migrantinnen und Migranten darstellen. Durch eine 'integrative psychosoziale Beratung' in Schweizer Hausarztpraxen könnte gerade Menschen mit einer psychosozialen Mehrfachbelastung eine ganzheitliche und frühzeitige Behandlung angeboten werden.

Eine Möglichkeit für eine systematische Erfassung psychosozialer Mehrfachbelastungen sehen die Autorinnen in einer standardisierten psychosozialen Anamnese in Schweizer Hausarztpraxen. Ein geeigneter Fragebogen dazu könnte im Rahmen eines Projektdurchlaufs basierend auf sozialarbeiterischem Fachwissen entwickelt werden und die notwendigen Prozesse zur Umsetzung getestet werden. Aus Sicht der Autorinnen könnte beispielsweise eine solche psychosoziale Anamnese mithilfe von medizinischen Praxisassistentinnen und -assistenten durchgeführt werden, da diese den Erstkontakt zur Praxis darstellen und den Fragebogen verteilen könnten. Diese Vorgehensweise könnte zudem zu einer Entlastung von Ärztinnen und Ärzten führen. Selbstverständlich braucht es für die Umsetzung einer standardisierten psychosozialen Anamnese als auch für eine integrative psychosoziale Beratung' eine Sensibilisierung bezüglich der psychosozialen Probleme von Patientinnen und Patienten. Diese kann aus Sicht der Autorinnen durch eine interprofessionelle Zusammenarbeit und gemeinsame Schulungen und Supervisionen erreicht werden.

Aufgrund des breit angelegten Studiums der Sozialen Arbeit mit den vielseitigen Bezugswissenschaften und aufgrund des im Review beschriebenen Mehrwertes der Sozialen Arbeit sehen die Autorinnen als Zukunftsperspektive die Möglichkeit, dass die Fallführung bezüglich psychosozialen Problemen bei in Hausarztpraxen integrierten Sozialarbeitenden liegen wird. Am Beispiel der USA orientiert, könnten Sozialarbeitende im Rahmen einer integrativen psychosozialen Beratung die Unterstützungskoordination von Patientinnen und Patienten mit komplexen psychosozialen Problemlagen übernehmen. Als Expertinnen-Disziplin

für die psychosoziale Dimension von Gesundheit könnten Sozialarbeitende ausserdem – auch hier nach dem Vorbild der USA – Klientinnen und Klienten psychotherapeutisch-beratend bei psychosozialen Mehrfachbelastungen bestreiten. Auf diese Weise könnten Psychologinnen und Psychologen bei nicht-forensischen Diagnosen und wo keine psychischen Erkrankungen vorliegen vorab entlasten.

8 Fazit

In der vorliegenden Bachelor-Thesis gingen die Autorinnen der Forschungsfrage nach, inwiefern eine 'integrative psychosoziale Beratung' in Schweizer Hausarztpraxen zu einer ganzheitlichen Behandlung beitragen kann. Als 'integrative psychosoziale Beratung' wird von den Autorinnen dabei ein Konzept verstanden, in dem eine psychosoziale Beratung durch Sozialarbeitende als integraler Bestandteil einer ganzheitlichen Behandlung in Hausarztpraxen im Rahmen einer interprofessionellen Zusammenarbeit angeboten wird. Es bezieht sich daher nicht zwingend auf die räumliche Organisation der Beratung, obwohl aus dem Studien-Review hervorgeht, dass eine räumliche Präsenz von Sozialarbeitenden in Praxen als förderlicher Faktor für eine interprofessionelle Zusammenarbeit wirken kann. Bei diesem Konzept wird der Fokus daraufgelegt, im Rahmen der ambulanten medizinischen Grundversorgung einem breiten Teil der Bevölkerung möglichst früh die Mitbehandlung von psychosozialen Problemen zu ermöglichen. Da Hausarztpraxen oft eine erste Anlaufstelle für somatische Leiden, aber auch für psychosoziale Probleme darstellen, bietet aus Sicht der Autorinnen eine 'integrative psychosoziale Beratung' in Hausarztpraxen die Möglichkeit, psychosoziale Probleme frühzeitig und zum Teil auch präventiv zu behandeln. Unter einer ganzheitlichen Behandlung wird somit eine Behandlung verstanden, die nicht nur körperliche Symptome, sondern den ganzen Menschen samt seiner psychischen Befindlichkeit und seiner sozialen Situation in den Blick nimmt und all diese Faktoren in die Behandlung von Krankheit mit einbezieht. Als theoretische Grundlage wird neben dem Modell der bereits erwähnten interprofessionellen Zusammenarbeit auch das biopsychosoziale Krankheits- und Gesundheitsmodell nach Engel (1977) sowie die salutogenetische Perspektive von Antonovsky (1997) verwendet.

Sowohl die Ergebnisse aus der quantitativen Befragung als auch aus dem Studien-Review lassen eine hohe Prävalenz psychosozialer Probleme auf internationaler Ebene sowie in Berner Hausarztpraxen erkennen. Diese Erkenntnisse stützen aus der Sicht der Autorinnen den Bedarf einer 'integrativen psychosozialen Beratung' in Schweizer Hausarztpraxen. Ausserdem kann anhand aktueller Herausforderungen im Schweizer Gesundheitswesen wie der Multimorbidität und den stetig steigenden Gesundheitskosten aufgezeigt werden, dass das Thema der ganzheitlichen Behandlung eine aktuelle Relevanz besitzt. Obschon die Prävalenz der

Multimorbidität je nach Studie leicht variieren kann, steht fest, dass die Bevölkerung immer älter wird und das Risiko für Multimorbidität mit zunehmendem Alter steigt. Dabei spielen soziodemographische Faktoren, wie der sozioökonomische Status eine Rolle, ob bei einem Mensch Multimorbidität auftritt oder nicht. Daher gilt es, diese Erkenntnisse in der Weiterentwicklung des Gesundheitssystems und in der Grundversorgung mitzubedenken, sodass die Behandlungen, heute und in Zukunft, den vorliegenden und aufgezeigten Fakten entsprechend, gerecht werden kann. Dies könnte beispielsweise in Form einer 'integrativen psychosozialen Beratung' in Hausarztpraxen geschehen.

Obwohl eine Mehrheit der Hausärztinnen und -ärzte in der quantitativen Befragung angaben, psychosoziale Probleme nach ihrem Selbstverständnis in die medizinische Behandlung miteinzubeziehen, können sich rund 90 Prozent der befragten Hausärztinnen und -ärzte vollständig oder grundsätzlich vorstellen, dass eine interprofessionelle Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden eine ganzheitliche Behandlung ermöglicht. Dabei stimmten circa 70 Prozent der Befragten zudem der Aussage völlig oder grundsätzlich zu, dass eine solche interprofessionelle Zusammenarbeit sie in ihrem Arbeitsalltag entlasten könnte. Ausserdem konnte anhand der Ergebnisse des Studien-Reviews aufgezeigt werden, dass Sozialarbeitende aufgrund ihrer Ausbildung und ihrer Kompetenzen einen klaren Mehrwert in der medizinischen Grundversorgung darstellen. Die Autorinnen gehen davon aus, dass gerade das Methodenrepertoire der klinischen Sozialarbeit, vor allem die psychosoziale Beratung, das Case Management und die Psychoedukation, auch im Modell einer 'integrativen psychosozialen Beratung' einen Mehrwert darstellt. Weiter zeichnen die ganzheitliche, umweltbezogene Sichtweise sowie die gelebten Werte, eine ausgeprägte Ressourcenorientierung und eine Gemeindenähe die Soziale Arbeit als Expertinnen-Disziplin zur Behandlung psychosozialer Probleme aus.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass unter den Bedingungen einer funktionierenden interprofessionellen Zusammenarbeit, einer starken professionellen Identität sowie einer berufspolitisch besser etablierten Sozialarbeit, eine 'integrative psychosoziale Beratung' in Schweizer Hausarztpraxen zu einer ganzheitlichen Behandlung beitragen kann. Ergebnisse aus verschiedenen Studien weisen ausserdem daraufhin, dass sozialarbeiterische Interventionen in der medizinischen Grundversorgung zu einer besseren subjektiven Gesundheit und gelingenderer Alltagsbewältigung führen können. Eine präventive und kostensenkende Wirkung einer 'integrativen psychosozialen Beratung' in Hausarztpraxen konnte jedoch nicht abschliessend bestätigt werden. Auch konnten Fragen zur Umsetzung einer 'integrativen psychosozialen Beratung' in Schweizer Hausarztpraxen sowie zu deren

Finanzierung im Rahmen der Bachelor-Thesis nicht beantwortet werden. Im Rahmen einer Masterarbeit hingegen könnte eine Projektkonzeption entwickelt und in einem weiteren Schritt eine Projektimplementierung inklusive einer Langzeitstudie zu den erzielten Auswirkungen durchgeführt werden. Auch könnten in einer grösser angelegten Studie die Ergebnisse der Befragung von Berner Hausärztinnen und -ärzten schweizweit überprüft werden.

9 Literatur- und Quellenverzeichnis

- Abrahamsen, Yngve, Hartwig, Jochen & Schips, Bernd. (2005). *Empirische Analyse des Gesundheitssystems Schweiz*. Zürich: Hochschulverlag AG an der ETH Zürich.
- Adler, Rolf. (2009). Engel's biopsychosocial model is still relevant today. *Journal of Psychosomatic Research*, 67, 607–611.
- Akreimi, Leila. (2014). Stichprobenziehung in der qualitativen Sozialforschung. In: Baur, Nina & Blasius, Jörg (Hrsg.). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 265-282). Wiesbaden: Springer.
- Alder, Helmut. (1998). Eine gemeinsame Sprache finden. Klassifikation in der Sozialen Arbeit - Ein Versuch: das Person-In-Environment System (PIE). *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 7+8, 161-164 [PDF]. Abgerufen von http://www.pantucek.com/diagnose/PIE/adler_PIE.pdf
- Antonovsky, Aaron (Hrsg.). (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: dgvt.
- Auerbach, Charles & Mason, Susan. (2010). The Value of the Presence of Social Work in Emergency Departments. *Social Work in Health Care*, 49(4), 314-326.
- Bäumli, Josef & Pitschel-Walz, Gaby. (2008). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen: Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“*. Stuttgart/New York: Schattauer.
- Baker, Lindsay, Lee-Egan, Eileen, Martimianakis, Maria-Tina & Reeves, Scott. (2011). Relationships of power: Implications for interprofessional education. *Journal of interprofessional care*, 25, 98-104.
- Barth, Detlef. (Hrsg.). (2015). *Beratungswissen auf den Punkt gebracht. Ein Handbuch für Studierende, professionelle Begleiter/-innen und alle, die es werden wollen*. Norderstedt: Books on Demand.
- Battegay, Edouard. (2014). Multimorbidität: eine Herausforderung der Neuzeit. *Bulletin Samw*, 4, 1-4.
- Berridge, Emma Jane, Mackintosh, Nicola & Freeth, Della. (2010). Patient safety: examining communication within delivery suite teams through contrasting approaches to research observation. *Midwifery*, (26), 512–519.

- Bikson, Karra, McGuire, James, Blue-Howells, Jessica & Seldin-Sommer, Leah. (2009). Psychosocial Problems in Primary Care: Patient and Provider Perceptions. *Social Work in Health Care*, 48(8), 736-749.
- Bosshard, Marianne, Ebert, Ursula & Lazarus Horst. (2007). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie: Methoden der Sozialen Arbeit*. Bonn: Psychiatrieverlag GmbH.
- Bundesamt für Statistik BFS. (2019a). *Lebenserwartung*. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/lebenserwartung.html>
- Bundesamt für Statistik BFS. (2019b). *Ausgaben für das Gesundheitswesen*. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/querschnittsthemen/wohlfahrtsmessung/indikatoren/gesundheitsausgaben.htm>
- Cameron, Alisa, Lart, Rachel, Bostock, Lisa & Coomber, Caroline. (2014). Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services: a review of research literature. *Health and Social Care in the Community*, 22(3), 225–23.
- Canadian Interprofessional Health Collaboration. (2010). *A national interprofessional competency framework*. Abgerufen von https://www.academia.edu/2549643/A_National_Interprofessional_Competency_Framework
- Centre for the advancement of interprofessional education CAIPE. (2006). *Effective interprofessional education*. Abgerufen von <https://www.caipe.org/>
- Credit Suisse. (2018). Sorgenbarometer. *Bulletin*, (3), 54-72.
- De Saxe Zerden, Lisa, Lombardi, Brianna M. & Jones Anne. (2019). Social workers in integrated health care: Improving care throughout the life course. *Social Work in Health Care*, 58(1), 142-149.
- Dollinger, Bernd. (2006): Salutogenese. Macht über die eigene Gesundheit? In: Dollinger, Bernd & Raithel, Jürgen (Hrsg.). *Aktivierende Sozialpädagogik. Ein kritisches Glossar* (S. 173–190.). Wiesbaden: Springer.
- Egger, Josef W. (2005). Das biopsychosoziale Krankheitsmodell. Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. *Psychologische Medizin*, (16), 3-12.

- Engel, George L. (1981). The clinical application of the biopsychosocial model. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 6, 101-123.
- Engel, George L. (1977). The need for a new medical model. A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Geigges, Werner & Fritzsche, Kurt. (2016). Was ist psychosomatische Medizin? In: Fritzsche, Kurt, Geigges, Werner, Richter, Dietmar & Wirsching, Michael. (Hrsg.). *Psychosomatische Grundversorgung* (2. Aufl., S. 3-18). Berlin Heidelberg: Springer.
- González-Ramos, Gladys, Cohen, Eliane V., Luce, Virge & González, Manny J. (2019). Clinical social work in the care of Parkinson's disease: role, functions, and opportunities in integrated health care. *Social Work in Health Care*, 58(1), 108-125.
- Graf von Schulenburg, Matthias & Greiner, Wolfgang. (2000): *Gesundheitsökonomik: Managed Care*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Geissler-Piltz, Brigitte & Gerull, Susanne (Hrsg.). (2009). *Soziale Arbeit im Gesundheitsbereich. Wissen, Expertise und Identität in multiprofessionellen Settings*. Opladen: Budrich Uni Press Ltd.
- Grieb, Manuela, Rüegg, René & Gehrlach, Christoph. (2019). Neue Wege der Praxis: Soziale Arbeit in der Hausarztmedizin. *Impuls. Magazin des Departements Soziale Arbeit*, 1, 24-27.
- Gustavsson, Anders, Svensson, Mikael, Jacobi, Frank, Allgulander, Christer, et al. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(10): p. 718-779.
- Holden, Jenifer, Sagovsky Ruth & Cox, John. (1989). *Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression*. University of Edinburgh: Department of Psychiatry.
- Homfeldt, Hans Günther & Sting, Stephan. (2005). Soziale Arbeit und Gesundheit. Vergessene Zusammenhänge und Forschungsaufgaben. *Sozial Extra* (29), 41-44.
- Interprofessional Educ Collab Expert Panel. (2019). *Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel* [PDF]. Abgerufen von www.aacp.org/sites/default/files/ipec_2016_updated_core_competencies_report.pdf
- Hostettler, Stefanie & Kraft, Esther. (2019). FMH Ärztstatistik 2018. *Schweizerische Ärztezeitung*, 100(12), 411-416.

- Jobst, Detmar & Joos, Stefanie. (2014). Soziale Patienten Anliegen – eine Erhebung in Hausarztpraxen. *Z Allg Med*, 90(12), 496–501.
- Keefe, Bronwyn, Geron, Scott Miyake & Enguidanos, Susan. (2009). Integrating Social Workers into Primary Care: Physician and Nurse Perceptions of Roles, Benefits, and Challenges, *Social Work in Health Care*, 48(6), 579-596.
- Kelle, Udo. (2014). Mixed Methods. In: Baur, Nina & Blasius, Jörg (Hrsg.). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 153-166). Wiesbaden: Springer.
- Koch, Uwe. (2013). Sozialversicherungen in der Schweiz. In: Riedi, Anna Maria, Zwilling, Michael, Meier Kressig, Marcel, Benz Bartoletta, Petra & Aebi Zindel, Doris (Hrsg.). *Handbuch Sozialwesen Schweiz* (S. 449-461). Bern: Haupt.
- Kocher, Gerhard. (2011). Die Gründe der Kostenexplosion im Gesundheitswesen. *Schweizerische Ärztezeitung*, 92(38), 1466-1569.
- Krause, B.J., Khan, C., Antoch, G., Kotzerke, J., & Hosten, N. (2015). Wie schreibe ich eine gute Übersichtsarbeit?, *Nuklearmedizin*, 54(02), 69-74.
- Lahey, Rebecca, Ewald, Bonnie, Vail, Matthew & Golden, Robyn. (2019) Identifying and managing depression through collaborative care: expanding social work's impact, *Social Work in Health Care*, 58(1), 93-107.
- Likert, Rensis & Hayes, Samuel (1957). *Some Applications of Behavioural Research*. Paris: Unesco.
- Loisl, Daniela & Puchner, Rudolf (2008). *Diagnose Rheuma. Lebensqualität mit einer entzündlichen Gelenkerkrankung*. Wien: Springer.
- Magnée, Tessa, de Beurs, Derek, de Bakker, Dinny & Verhaak, Peter. (2016). Consultations in general practices with and without mental health nurses: an observational study from 2010 to 2014, *BMJ Open*, 2016(6), 1-10.
- McGregor, Jules, Mercer, Stewart W. & Harris, Fiona M. (2018). Health benefits of primary care social work for adults with complex health and social needs: a systematic review, *Health and Social Care in the Community*, 26(1), 1–13.
- Meier-Abt, Peter. (2014). Multimorbidität – Polypharmazie – Systemmedizin – Versorgungsnetzwerke: Der Kreis schliesst sich! In: *Multimorbidität: eine Herausforderung der Neuzeit*, *Bulletin Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften* [PDF]. Abgerufen von https://www.zora.uzh.ch/id/eprint/103075/1/14-4_SAMWbulletin_D.pdf

- Metzner, Franka, Siefert, Sönke & Pawil, Silke. (2017). Psychosoziale Beratung in Frauenarztpraxen. Ergebnisse einer bundesweiten, repräsentativen Befragung von niedergelassenen Gynäkologen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl.*, 60, 163–170.
- Moreau-Gruet, Florence. (2013). Multimorbidität bei Personen ab 50 Jahren. Ergebnisse der Befragung SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), *OBSAN Bulletin*, (4) [PDF]. Abgerufen von https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_bulletin_2013-04_d.pdf
- Narrative review. (n.d.). Health news glossary NHS. Abgerufen von <https://www.nhs.uk/news/health-news-glossary/>
- Nestmann, Frank, Engel, Frank & Sickendieck, Ursel (Hrsg.). (2004). *Das Handbuch der Beratung*. Band 1: Disziplinen und Zugänge. Tübingen: DGLT.
- Netzwerk Case Management Schweiz. (2014). *Definition und Standards Case Management Schweiz* [PDF]. Abgerufen von http://www.netzwerk-cm.ch/sites/default/files/uploads/fachliche_standards_netzwerk_cm_-_version_1_0_-_definitiv_0.pdf
- Neuzeitlich. (2019). *Duden: Deutsches Universalwörterbuch*. Abgerufen von www.duden.de
- Nicholas, David B., Jones, Catherine, McPherson, Barbara, Hilsen, Leeann, Moran, Jennifer & Mielke, Kent. (2019). Examining professional competencies for emerging and novice social workers in health care. *Social Work in Health Care*, 58(6), 596-611.
- Pauls, Helmut. (2014). Biopsychosoziale Perspektiven der Diagnostik in der psychosozialen Beratung. Resonanzen. *E-Journal für biopsychosoziale Dialoge in Psychotherapie, Supervision und Beratung*, 2(2), 101-115.
- Pauls, Helmut. (2013). *Klinische Sozialarbeit: Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz-Juventa.
- Psychosozial. (2019). *Duden: Deutsches Universalwörterbuch*. Abgerufen von www.duden.de
- Psychosoziale Belastung. (2016). *Pschyrembel Online: Klinisches Wörterbuch*. Abgerufen von <https://www.pschyrembel.de>
- Raghallaigh, Muireann Ni, Allen, Mary, Cunniffe, Rosemary & Quin, Suzanne. (2013). Experiences of Social Workers in Primary Care in Ireland, *Social Work in Health Care*, 52(10), 930-946.

- Reckrey, Jennifer, Gettenberg, Gabrielle, Ross, Helena, Kopke, Victoria, Santoriano, Theresa & Ornstein, Katherine. (2014). The Critical Role of Social Workers in Home-Based Primary Care, *Social Work in Health Care*, 53(4), 330-343.
- Reeves, Scott, Pelone, Ferruccio, Reema, Harrison, Goldman, Joanne, & Zwarenstein, Merrick. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes (Intervention Review), *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), 2-22.
- Reeves, Scott, Perrier, Laure, Goldman, Joanne, Freeth, Della & Zwarenstein, Merrick. (2013). Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update), *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), 1-16.
- Reeves, Scott, Goldman, Joanna, Gilbert, John, Tepper, Joshua, Silver, Ivan, Suter, Esther & Zwarenstein, Merrick. (2001). A scoping review to improve conceptual clarity of interprofessional interventions. *Journal of Interprofessional Care*, (25), 167-174.
- Ruckstuhl, Brigitt. (2016). Die Ottawa-Charta. Geschichte einer neuen gesundheitspolitischen Konzeption. *SuchtMagazin*, 3, 21-26.
- Ruckstuhl, Brigitte. (2011). *Gesundheitsförderung. Entwicklungsgeschichte einer neuen Public Health Perspektive*. Weinheim: Juventa.
- Sommerfeld, Peter, Dällenbach, Regula, Rügger, Cornelia & Hollenstein Lea. (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie. Entwicklungslinien einer handlungstheoretischen Wissensbasis*. Wiesbaden: Springer.
- Sommerfeld, Peter, Hollenstein, Lea & Krebs, Marcel. (2008). *Entwicklungsperspektiven der Sozialen Arbeit in der integrierten Psychiatrie: Bericht eines kooperativen Forschungs- und Entwicklungsprojekts*. Olten: Hochschule für Soziale Arbeit FHNW.
- Stanhope, Victoria, Videka, Lynn, Thorning, Helle & McKay, Mary. (2015). Moving Toward Integrated Health: An Opportunity for Social Work. *Social Work in Health Care*, 54(5), 383-407.
- Stimmer, Franz & Ansen, Harald (Hrsg.). (2016). *Beratung in psychosozialen Arbeitsfeldern. Grundlagen - Prinzipien - Prozess*. Stuttgart: Kolhammer.
- Suls, Jerry & Rothman, Alex. (2004). Evolution of the Biopsychosocial Model: Prospects and Challenges for Health Psychology. *Health Psychology*, 23(2), 119-125.

- Suter, Esther, Deutschlander, Siegrid, Mickelson, Grace, Nurani, Zahra, Lait, Jana, Harrison, Liz, et al. (2012). Can interprofessional collaboration provide health human resources solutions? A knowledge synthesis, *Journal of Interprofessional Care*, 26(4), 261–268.
- Tomonaga, Yuki, Haettenschiler, Josef, Hatzinger, Martin, Holsboer-Trachsler, Edith, Rufer, Michael, Hepp, Urs, Szucs, Thomas D. (2013). The burden of depression in Switzerland. *Pharmacoeconomics*, 31(3), 237-250.
- Vedsted, Peter, Fink, Per, Sørensen, Henrik Toft & Olesen, Frede. (2004). Physical, mental and social factors associated with frequent attendance in Danish general practice. A population-based cross-sectional study, *Social Science & Medicine*, 59(4), 813-823.
- Waller, Heiko. (2006). Der Beitrag der Sozialen Arbeit zur Prävention gesundheitlicher Benachteiligung. In: *Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften* (Bd. 43, S. 74-85). Hamburg: Argument.
- Wälte, Dieter & Lübeck. (2018). Was ist psychosoziale Beratung? In: Wälte, Dieter & Borg-Laufs, Michael (Hrsg.). *Psychosoziale Beratung: Grundlagen, Diagnostik, Intervention* (Bd. 24, S. 24-31). Grundwissen Soziale Arbeit. Stuttgart: Kohlhammer.
- Weichbold, Martin. (2014). Pre-Test. In: Baur, Nina & Blasius, Jörg (Hrsg.). *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 299-304). Wiesbaden: Springer.
- Weltgesundheitsorganisation Europa. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung* [PDF]. Abgerufen von http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf
- Weltgesundheitsorganisation. (1946, Stand am 8. Mai 2014). Verfassung der Weltgesundheitsorganisation [PDF]. Abgerufen von <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf>
- Wieser, Simon, Tomonaga, Yves, Riguzzi, Marco, Fischer Barbara, et al. (2014). *Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz*. Winterthur: Winterthurer Institut für Gesundheitsökonomie.
- Willem, Tousijn. (2012). Integrating health and social care: Interprofessional relations of multidisciplinary teams in Italy, *Current Sociology*, 60(4), 522–537.
- World Health Organization. (2010). *Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice* [PDF]. Abgerufen von http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf?ua=1

- Xiang, Xiaoling, Zuverink, Ashley, Rosenberg, Walter & Mahmoudi, Elham. (2019). Social work-based transitional care intervention for super utilizers of medical care: a retrospective analysis of the bridge model for super utilizers, *Social Work in Health Care*, 58(1), 126-141.
- Zimmermann, Thomas, Mews, Claudia, Kloppe, Thomas, Tetzlaff, Britta, Hadwiger, Moritz, von dem Knesebeck, Olaf & Scherer, Martin. (2018). Soziale Probleme in der hausärztlichen Versorgung – Häufigkeit, Reaktionen, Handlungsoptionen und erwünschter Unterstützungsbedarf aus der Sicht von Hausärztinnen und Hausärzten, *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ)*, 131-132, 81-89.
- Zwarenstein, Merrick, Goldman, Joanna & Reeves, Scott. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3, 2-8. Abgerufen von <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000072.pub2/epdf/full>

10 Anhang

Anhang A: Fragen quantitative Onlinebefragung Berner Hausarztpraxen

Link zur Umfrage: https://ilias.unibe.ch/goto_ilias3_unibe_svy_1630836.html

f.1. Psychosoziale Probleme

Mit welchen psychosozialen Faktoren werden Sie in der Praxis öfters konfrontiert? Es sind Mehrfachantworten möglich.

- Partnerschaft / Trennung / Scheidung
- Sorgerecht / Erziehung
- Soziales Umfeld / soziale Beziehungen
- Familien-, Arbeits- und/oder sozialrechtliche Fragen (Mobbing, Kündigung, Sozialversicherung, etc.)
- Arbeitslosigkeit
- Stress / Überforderung am Arbeitsplatz
- (Bevorstehende) Pensionierung
- Finanzen / Existenzängste
- Suchtmittelkonsum (Alkohol) als Bewältigungsstrategie für psychosoziale Probleme
- Wohnsituation
- Tagesstrukturierung /Freizeitgestaltung
- Umgang mit eigener Erkrankung / von Angehörigen
- Keine Angabe

f.2. Prävalenz psychosozialer Probleme

Wie viele Patientinnen und Patienten in Ihrer Praxis bringen durchschnittlich nebst somatischen Beschwerden auch psychosoziale Probleme mit?

- > 80% der Patientinnen und Patienten
- > 60% - ≤ 80% der Patientinnen und Patienten
- > 40% - ≤ 60% der Patientinnen und Patienten
- > 20% - ≤ 40% der Patientinnen und Patienten
- < 20% der Patientinnen und Patienten
- Ich weiss nicht

f.3. Bearbeitung psychosozialer Probleme durch Ärztin oder Arzt

Liegen psychosoziale Probleme vor, werden diese durch Sie oder Ihre Ärzte-Kolleginnen- und Kollegen in der Praxis mitbehandelt.

- Trifft völlig zu
- Trifft zu
- Trifft teilweise zu
- Trifft nicht zu
- Trifft gar nicht zu
- Ich weiss nicht

f.4. Bearbeitung psychosozialer Probleme durch Fachpersonen der Sozialarbeitsdisziplin

Liegen psychosoziale Probleme vor, werden die Patientinnen und Patienten an eine geeignete Fachperson der Sozialen Arbeit (Bachelor oder Master of Science/Art in Social Work) überwiesen.

- Trifft völlig zu
- Trifft zu
- Trifft teilweise zu
- Trifft nicht zu
- Trifft gar nicht zu
- Ich weiss nicht

f.5. Zusammenarbeit mit anderen Fach- und Beratungsstellen

Betroffene Patientinnen und Patienten werden an externe Sozialarbeitende/Fachpersonen folgender Beratungsstellen überwiesen:

- Fachstellen für Opferhilfe (z.B. Lantana, Beratungsstelle Häusliche Gewalt, etc.)
- Frauenhäuser
- Fachstelle für Prävention und Sucht (z.B. Blaues Kreuz, etc.)
- Budgetberatungsstelle
- Fach- und Dienstleistungsorganisationen: Pro Infirmis, Pro Mente Sana, Pro Senectute
- Hilfswerke: Rotes Kreuz / Caritas / Heilsarmee
- Familien-, Ehe- und Erziehungsberatung
- Sozialdienst- oder Amt / KESB
- Sozialversicherungen (RAV, IV, UV, etc.)
- Andere
- Keine Angabe

f.6. Interdisziplinäres Hausarztpraxis-Modell

Ein interdisziplinäres Modell Hausärzte-/Sozialarbeitende würde durch die verbesserte Mitbehandlung psychosozialer Probleme zu einer ganzheitlicheren und nachhaltigeren Behandlung der Patientinnen und Patienten führen.

- Stimme ich völlig zu
- Stimme ich zu
- Stimme ich teilweise zu
- Stimme ich nicht zu
- Stimme ich gar nicht zu
- Ich weiss nicht

f.7. Interdisziplinäres Hausarztpraxis-Modell als Entlastungsfaktor

Eine Zusammenarbeit und Unterstützung durch qualifizierte Sozialarbeitende mit einer 'psychosozialen Beratung' würde Sie und Ihre Arztkolleginnen- und Kollegen in der Praxis entlasten.

- Stimme ich völlig zu
- Stimme ich zu
- Stimme ich teilweise zu
- Stimme ich nicht zu
- Stimme ich gar nicht zu
- Ich weiss nicht

f.8. Hausarztpraxis Jahre

Seit wie vielen Jahren besteht Ihre Hausarztpraxis? (Bitte Anzahl Jahre eingeben)

f.9. Hausarztpraxis Lage

Wo liegt Ihre Praxis?

- In einer Stadt / Agglomeration
- Auf dem Land / in einer ländlichen Gegend
- Keine Angabe

f.10. Medizinstudium Abschlussjahr

In welchem Jahr haben Sie Ihr Studium abgeschlossen? (bitte das Jahr eingeben)

f.11. Medizinstudium Land/Ort

Wo haben Sie ihr Studium abgeschlossen? (bitte Land / Ort, in dem Sie Ihr Studium abgeschlossen haben, einfügen).

f.12. Was ich noch sagen wollte

Hier dürfen Sie bei Bedarf sehr gerne Anmerkungen, Anregungen und Gedanken Ihrerseits anmerken.

Bachelor-Thesis (Gruppenarbeit)

Angaben zur Autorenschaft der einzelnen Kapitel

Diese Erklärung ist von allen Studierenden der jeweiligen Gruppe separat auszufüllen.

Studierende/r:
(Name, Vorname)

Bachofner Anna

Bachelor-Thesis:
(Titel)

Eine 'integrative psychosoziale Beratung' in Schweizer
Hausarztpraxen

Eine empirische Analyse

Fachbegleitung:
(Dozent/in)

Prof. Dr. Shirin Sotoudeh

Ich habe von der obgenannten Bachelor-Thesis die folgenden Teile (Kapitel-Angabe) verfasst:

Bei den folgenden gemeinsam verfassten Teilen der Bachelor-Thesis (Kapitel-Angabe) bin ich
Mitverfasser / Mitverfasserin:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Eigenhändige Erklärung zur Bachelor-Thesis (gemäss Art. 25 Abs. 2 ZulStudR SA BSc)

„Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, habe ich als solche gekennzeichnet. Mir ist bekannt, dass andernfalls schriftliche Arbeiten gemäss Artikel 23 Absatz 1 KNR mit der Note 1.0 bewertet werden.“

Ort, Datum:

Unterschrift:

Bachelor-Thesis (Gruppenarbeit)

Angaben zur Autorenschaft der einzelnen Kapitel

Diese Erklärung ist von allen Studierenden der jeweiligen Gruppe separat auszufüllen.

Studierende/r:
(Name, Vorname)

Fahrni Lucia

Bachelor-Thesis:
(Titel)

Eine 'integrative psychosoziale Beratung' in Schweizer
Hausarztpraxen

Eine empirische Analyse

Fachbegleitung:
(Dozent/in)

Prof. Dr. Shirin Sotoudeh

Ich habe von der obgenannten Bachelor-Thesis die folgenden Teile (Kapitel-Angabe) verfasst.

Bei den folgenden gemeinsam verfassten Teilen der Bachelor-Thesis (Kapitel-Angabe) bin ich
Mitverfasser / Mitverfasserin:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Eigenhändige Erklärung zur Bachelor-Thesis (gemäss Art. 25 Abs. 2 ZulStudR SA BSc)

„Ich erkläre hiermit, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen benutzt habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus Quellen entnommen wurden, habe ich als solche gekennzeichnet. Mir ist bekannt, dass andernfalls schriftliche Arbeiten gemäss Artikel 23 Absatz 1 KNR mit der Note 1.0 bewertet werden.“

Ort, Datum:

Unterschrift:

Einwilligung zur Aufnahme der Bachelor-Thesis in die Bibliothek des Departements Soziale Arbeit

Studierende/r: Bachofner Anna
(Name, Vorname) _____

Studierende/r: Fahrni Lucia
(Name, Vorname) _____

Bachelor-Thesis: **Eine ‚integrative psychosoziale Beratung‘ in Schweizer
(Titel) Hausarztpraxen
Eine empirische Analyse**

Fachbegleitung: Prof. Dr. Shirin Sotoudeh
(Dozent/in) _____

Bachelor-Thesen mit Note 5.5 und 6.0, welche nicht unter eine Geheimhaltungsvereinbarung fallen, werden als Papierversion in die Bibliothek des Departements Soziale Arbeit aufgenommen.

Ziffer 2.5 der Politik der Berner Fachhochschule bezüglich Immaterialgüter⁷ besagt, dass Immaterialgüter aus einer studentischen Arbeit (z.B. Projektarbeit, Bachelor- oder Masterthesis) der/dem Studierenden gehören. Nach Art. 26 des Zulassungs- und Studienreglements (ZulStudR SA BSc)⁸ liegt das Recht auf Veröffentlichung einer studentischen Arbeit bei der Verfasserin oder dem Verfasser⁹.

In begründeten Fällen kann die Fachbegleitung gegen die Aufnahme der Bachelor-Thesis in die Bibliothek ein Veto einlegen.

Die Verfasserin / der Verfasser erklärt sich einverstanden, dass die vorliegende Arbeit in die Bibliothek des Departements Soziale Arbeit aufgenommen wird (mit Note 5.5 oder 6.0).

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

⁷ Siehe <https://www.bfh.ch/de/ueber-die-bfh/rechtliche-grundlagen/> (zuletzt besucht am 29. Oktober 2019).

⁸ Siehe <https://www.bfh.ch/de/ueber-die-bfh/rechtliche-grundlagen/> (zuletzt besucht am 29. Oktober 2019).

⁹ Möchte die Verfasserin oder der Verfasser die Bachelor Thesis veröffentlichen und zwar mit dem Hinweis, dass es sich um einen Text der Berner Fachhochschule Soziale Arbeit handelt, braucht es die Genehmigung der Studiengangleitung (gemäss Art. 26 ZulStudR SA BSc).

