

Eva Zwahlen | Masterthesis

Public Affairs als Form von Advocacy zur langfristigen Finanzierung eines Dienstleistungsangebots für Cancer Survivors

Eine Analyse mit strategischen Stossrichtungen sowie
Handlungsempfehlungen für die Krebsliga Bern

Master in Sozialer Arbeit
Bern | Luzern | St. Gallen

Titel	Public Affairs als Form von Advocacy zur langfristigen Finanzierung eines Dienstleistungsangebots für Cancer Survivors. Eine Analyse mit strategischen Stossrichtungen sowie Handlungsempfehlungen für die Krebsliga Bern
Autorin	Eva Zwahlen
Studienbeginn	September 2019
Master in Sozialer Arbeit	Bern Luzern St. Gallen Frühlingssemester 2022
Fachbegleitung	Prof. Dr. Christoph Gehrlach
Abgabedatum	10. August 2022

“Living on, as I have been fortunate to do, I have reflected in my experience and talked to many cancer patients about their experiences. Although the binary notion of cure versus noncure is understandably appealing to everyone concerned with cancer, most agree that it is not an accurate characterization of the experience. The vagaries, phases, and syndromes of survival are far more complex than that simple idea suggests. Moreover, the binary concept implies that there are two separate courses: one for those who are cured and one for those who are not.

On the contrary, the events, therapies, and emotions that all patients go through are, to a point, similar. Patients with cancer, whether recently diagnosed and being treated or previously diagnosed and relatively stable, have more in common with one another than they do with people who have not experienced cancer. Although the circumstances and outcomes obviously vary enormously from person to person, I think that most patients go through some relatively predictable and potentially useful stages of survival.

I do not suggest that there are formal stages in a clinical sense, but rather that there is a progression of events for most cancer patients that is definable in its general outline – the seasons of survival.”

Fitzhugh Mullan

*“Seasons of Survival: Reflections of a
Physician with Cancer” (1985)*

Abstract

Bis 2030 wird die Zahl an Cancer Survivors in der Schweiz auf 500'000 ansteigen. Sie haben grössere Bedürfnisse nach gesundheitlicher Versorgung sowie ein erhöhtes Risiko für weitere Tumore als die allgemeine Bevölkerung, weshalb der Bedarf an zusätzlichem spezialisiertem Gesundheitspersonal zunehmen wird. Das fragmentierte Schweizer Gesundheits- und Sozialwesen erschwert eine koordinierte und auf die Bedürfnisse der Betroffenen abgestützte Hilfeleistung, es drohen Versorgungslücken und Exklusionstendenzen. Für die Krebsliga Bern birgt diese Fragmentierung besondere Herausforderungen, etwa das Sicherstellen der Finanzierung von Dienstleistungen in einem Umfeld, das durch unterschiedliche Systemlogiken und Stakeholder geprägt ist. Diese auf die Praxis ausgerichtete Arbeit setzt hier an und stellt die Hauptforschungsfrage ins Zentrum, inwiefern Public Affairs als Form von Advocacy auf der Meso- und Makroebene für die Krebsliga Bern erfolgsversprechend ist, um ihr Dienstleistungsangebot für Cancer Survivors langfristig finanziell zu sichern. Sie geht weiter den Unterfragestellungen nach, welche Voraussetzungen seitens der Krebsliga Bern dafür erfüllt sein müssen und welche anderen Advocacy-Formen es gibt. Ziel der Arbeit war es, basierend auf einer Analyse strategische Stossrichtungen sowie Handlungsempfehlungen für die Krebsliga Bern zu erarbeiten, die sich generalisieren lassen und somit auch als Vorlage für andere Krebsligen dienen. Die Fragestellungen wurden mittels einer systematischen Literaturrecherche sowie eines Mehrmethodendesigns in Form einer qualitativen Befragung (Fokusgruppen-gespräche) und einer Umfeld- und Organisationsanalyse beantwortet. Die Ergebnisse zeigen, dass Public Affairs als Form von Advocacy für die Krebsliga Bern grundsätzlich erfolgsversprechend sein kann, um ein Dienstleistungsangebot für Cancer Survivors finanziell zu sichern. Eine ausschliessliche Finanzierung durch den Staat ist zu hinterfragen, empfehlenswert ist ein Finanzierungsmix. Krankheiten wie Krebs sind nicht nur ein individuelles Problem, und es existieren auch in der Schweiz grosse gesundheitliche Unterschiede in der Bevölkerung. Gesundheit wiederum wird von unterschiedlichen Faktoren, unterschiedlichen Politikfeldern und politischen Entscheiden beeinflusst. Die Soziale Arbeit ist aufgefordert, sich in politische (Entscheid-)Prozesse einzumischen, weil sie einerseits die primäre und einzige Gesundheitsprofession ist, die soziale Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit professionssimmant berücksichtigt und andererseits von der Tatsache ausgeht, dass Gesundheit und Krankheit sich nicht bloss individuell manifestieren, sondern aus gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen und Versorgungsangeboten entstehen. Der Krebsliga Bern stehen zum Zwecke dieser politischen Einmischung zugunsten von Cancer Survivors Instrumente wie Public Affairs zur Verfügung, die sie einsetzen kann. Der erfolgreiche Umgang mit knappen Ressourcen, neuen Finanzierungsmodellen oder dem zunehmend heterogenen Finanzierungsmix aus verschiedenen Quellen setzt indes erweiterte Management- und Führungskompetenzen sowie die Allokation entsprechender personeller Ressourcen voraus.

Abkürzungsverzeichnis

BAG	Bundesamt für Gesundheit
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen
GDK	Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
GFCH	Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz
KLB	Krebsliga Bern
KLS	Krebsliga Schweiz
NCD	non-communicable diseases (nichtübertragbare Krankheiten)
NPO	Nonprofit-Organisation
PA	Public Affairs
PESTEL	Political, economical, socio-cultural, technological, ecological und legal
PGV	Prävention in der Gesundheitsversorgung
PR	Public Relations
SA	Soziale Arbeit
SGMM	St. Galler Management-Modell
SWOT	Strengths (Stärken), Weaknesses (Schwächen), Opportunities (Chancen), Threats (Risiken)
WHO	World Health Organization

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung und Zielsetzung der Arbeit	6
1.1	Problemstellung.....	8
1.1.1	Makroebene.....	9
1.1.2	Mesoebene.....	9
1.1.3	Mikroebene.....	10
1.2	Forschungsfragen und Aufbau der Arbeit	12
1.3	Relevanz der Problemstellung für die Soziale Arbeit	13
1.4	Methodisches Vorgehen.....	14
2	Theoretischer Teil	15
2.1	Advocacy.....	16
2.2	Public Affairs und Lobbying.....	17
2.3	Soziale Arbeit, Politik und Soziallobbying	22
2.3.1	Blick zurück und Stand heute	23
2.3.2	Zentrale sozialarbeiterische Theorien	24
2.3.3	Instrumente und Kompetenzen zur politischen Beziehungspflege.....	25
2.3.4	Herausforderungen und Ausblick	25
2.4	Gesundheitsdeterminantenmodell von Dahlgren und Whitehead.....	26
2.5	Integrierte Versorgung.....	28
2.5.1	Blick zurück und Stand heute	28
2.5.2	Definition und Modelle	30
2.5.3	Exkurs «Finanzierung von Gesundheitsligen»	31
2.5.4	Künftige Herausforderungen und Entwicklungen	33
2.6	Krebs und Cancer Survivors in der Schweiz.....	34
2.6.1	Ursprünge, Definition und Phasen.....	34
2.6.2	Bedürfnisse und Behandlung	36
2.6.3	Cancer Navigation	38
3	Organisationsporträt Krebsliga Bern.....	38
3.1	Organisation und Leitbild.....	40
3.2	Dienstleistungsangebot, Datenverwaltung und -pflege	41
3.3	Finanzierung und Mittelherkunft.....	43
3.4	Mitarbeitende und Team	45
3.5	Stakeholder und Vernetzung.....	45
4	Empirischer Teil	47
4.1	Umfeld- und Organisationsanalyse Krebsliga Bern.....	48
4.1.1	PESTEL-Analyse.....	48
4.1.2	St. Galler Management-Modell (SGMM)	50
4.1.3	SWOT-Analyse.....	54
4.2	Fokusgruppengespräche.....	61
4.2.1	Gütekriterien	62
4.2.2	Vorbereitung	63
4.2.3	Erstellen des Leitfadens	63
4.2.4	Sampling und Rekrutierung der Teilnehmenden	64
4.2.5	Durchführung.....	65
4.2.6	Datenanalyse, Interpretation und Präsentation	66
5	Präsentation der Ergebnisse der Fokusgruppengespräche.....	67
5.1.1	Advocacy und Public Affairs sowie Soziale Arbeit.....	68
5.1.2	Advocacy und Public Affairs im Gesundheits- und Sozialwesen.....	69
5.1.3	Advocacy und Public Affairs für die Krebsliga Bern	72
6	Diskussion.....	73
6.1	Beantwortung Forschungsfragen	74

6.2	Handlungsempfehlungen an die Krebsliga Bern	77
6.3	Diskussion Ergebnisse und Handlungsempfehlungen	82
6.4	Diskussion des methodischen Vorgehens	84
	6.4.1 Umfeld- und Organisationsanalyse	84
	6.4.2 Fokusgruppen.....	85
6.5	Fazit und Ausblick	85
7	Widmung und Danksagung.....	87
	Literaturverzeichnis.....	88
	Abbildungsverzeichnis.....	97
	Tabellenverzeichnis.....	97
	Anhang.....	98
	Persönliche Erklärung Einzelarbeit.....	109

1 Einleitung und Zielsetzung der Arbeit

Menschen, die mit einer Krebsdiagnose leben, werden im angelsächsischen Raum unter dem Begriff «Cancer Survivors» zusammengefasst. Dabei handelt es sich um eine heterogene Gruppe mit unterschiedlichen Bedürfnissen in Bezug auf ihre Betreuung. Cancer Survivors haben grössere Bedürfnisse nach gesundheitlicher Versorgung sowie ein erhöhtes Risiko für weitere Tumore als die allgemeine Bevölkerung (Ess & Herrmann, 2014, S. 281), weshalb der Bedarf an zusätzlichem spezialisiertem Gesundheitspersonal zunehmen wird (Ess & Herrmann, 2014, S. 281; National Research Council, 2006). In der Schweiz leben aktuell rund 370'000 Menschen mit einer Krebsdiagnose, bis 2030 wird diese Zahl auf 500'000 ansteigen (Ess & Herrmann, 2014, S. 281; Herrmann et al., 2013; Krebsliga Schweiz, 2021). Ähnliche Trends werden auch in anderen europäischen Ländern verzeichnet. Weltweit, jedoch auch in der Schweiz, haben Forschende erst vor rund zehn Jahren damit begonnen, ein besonderes Augenmerk auf diese Gruppe zu richten (Ess & Herrmann, 2014, S. 283). Krebs entwickelt sich zu einer lebensverändernden, chronischen Krankheit (Krebsliga Schweiz, n.d.b), und die Betroffenen sind auf entsprechende Unterstützungsangebote, auch nach erfolgter Therapie, angewiesen.

Das in weiten Teilen fragmentierte Schweizer Gesundheits- und Sozialwesen (vgl. Kapitel 1.1.2 und 2.5.1) erschwert eine koordinierte und auf die Bedürfnisse der Betroffenen abgestützte Hilfeleistung, es drohen Versorgungslücken (Krebsliga Schweiz, 2021; Vettori, Trageser & von Stokar, 2015) und, aus Sicht der Sozialen Arbeit (SA), Exklusionstendenzen. Für die Dienstleistenden – als Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens meist Nonprofit-Organisationen (NPO) – birgt diese Fragmentierung besondere Herausforderungen. Sie bewegen sich zwischen Systemen mit unterschiedlichen Logiken und Funktionsweisen und haben Stakeholder mit unterschiedlichen Bedürfnissen (Multiple-Stakeholder-Organisationen): Die Gesellschaft, die Betroffenen und deren Angehörigen erwarten, dass sie professionelle und empathische Dienstleistungen erbringen, der Staat und die Krankenversicherer wollen, dass diese Dienstleistungen ökonomisch und effektiv mit messbaren Resultaten erbracht werden, die Organisationen selber haben eigene Ansprüche an Haltung und Menschenbild und versuchen gleichzeitig, ideale (finanzielle, rechtliche und politische) Rahmenbedingungen für das eigene Tun zu schaffen. Für soziale Dienstleistungsorganisationen geht es daher auch stets darum, die vorhandenen Potenziale des eigenen Wirkens und der unternehmerischen Tätigkeit einerseits zu (er-)schaffen und andererseits so zu nutzen und auszubauen, dass die erworbene Markt- oder Wettbewerbsposition in einem immer anspruchsvoller werdenden Umfeld langfristig gesichert werden kann (Bachert & Vahs, 2007, S. 23). Dies stellt vielfältige und erhöhte Anforderungen an die Organisation und das Management sozialer

Organisationen (Grunwald & Steinbacher, 2014 zit. in Gehrlach, von Bergen & Eiler, 2022, S. 3). Zudem kann daraus ein Spannungsfeld entstehen (Krummenacher, 2019a, S. 31–33), denn nicht immer lassen sich die verschiedenen Handlungslogiken innerhalb der Sozialwirtschaft widerspruchsfrei miteinander kombinieren (Gehrlach et al., 2022, S. 3). Vor dieser vielschichtigen Ausgangslage stellt sich folglich die Frage nach dem (politischen) Auftrag der SA respektive von Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens. Ob die SA einen solchen politischen Auftrag hat und wie dieser aussehen kann, darüber besteht seit Jahren ein intensiver Diskurs zwischen den Fachleuten. Grossmehrheitlich besteht jedoch ein Konsens darüber, dass sich der politische Auftrag aufgrund des eigentlichen Auftrags der Sozialen Arbeit – etwa der Inklusion, Exklusionsvermeidung, des Vertretens der Interessen von vulnerablen Menschen – ergibt und aus diversen sozialarbeiterischen Theorien abgeleitet werden kann (so zum Beispiel der Lebensweltorientierung nach Thiersch) (Benz & Rieger, 2015; Benz, Rieger, Schönig & Többe-Schukalla, 2014b; Merten, 2001; Rieger, 2013).

Zielsetzung der Arbeit

Die vorliegende Masterthesis¹ geht der Frage nach, inwiefern Public Affairs (PA), verstanden als das strategische Management von Entscheidungsprozessen an der Schnittstelle zwischen Politik, Wirtschaft und Gesellschaft und dem Organisieren der externen Beziehungen einer Organisation, vor allem zu Regierungen, Parlamenten, Behörden, Gemeinden sowie Verbänden und Institutionen (Althaus, 2005, S. 262), eine erfolgsversprechende Form von Advocacy, verstanden als Anspruch beruflichen Handelns in der SA, Verantwortung für die Wahrung der Würde und der Rechte von Klient*innen zu übernehmen und diese gleichzeitig in die Lage zu versetzen, ihre Rechte selbst zu vertreten (Urban-Stahl, 2018, S. 473), für die Krebsliga Bern (KLB) zur langfristigen (öffentlichen) Finanzierung eines Dienstleistungsangebots für Cancer Survivors darstellt. Sie geht weiter der Frage nach, welche Voraussetzungen seitens der KLB dafür erfüllt sein müssen und welche anderen Advocacy-Formen es dafür gibt. Die Beantwortung der Forschungsfragen (vgl. Kapitel 1.2) erfolgt durch eine systematische Literaturrecherche sowie ein Mehrmethodendesign respektive durch eine Kombination sozial- und wirtschaftswissenschaftlicher Methoden (qualitative Befragung in Form von zwei Fokusgruppengesprächen sowie Umfeld- und Organisationsanalyse der KLB).

Diese auf die Praxis ausgerichtete Masterthesis hat zum Ziel, theoriegeleitete und empirisch gestützte Möglichkeiten erfolgsversprechenden Advocacys respektive PA zur langfristigen (öffentlichen) Finanzierung eines Dienstleistungsangebots für Cancer Survivors aufzuzeigen. Überdies werden Handlungsempfehlungen für die KLB auf der Grundlage des Beschriebs der Ist-Situation (inklusive Analyse und Ableiten von strategischen Stossrichtungen) formuliert

¹ In dieser Thesis wird in Anlehnung an die BFH-Richtlinien, APA 6. Auflage, zitiert.

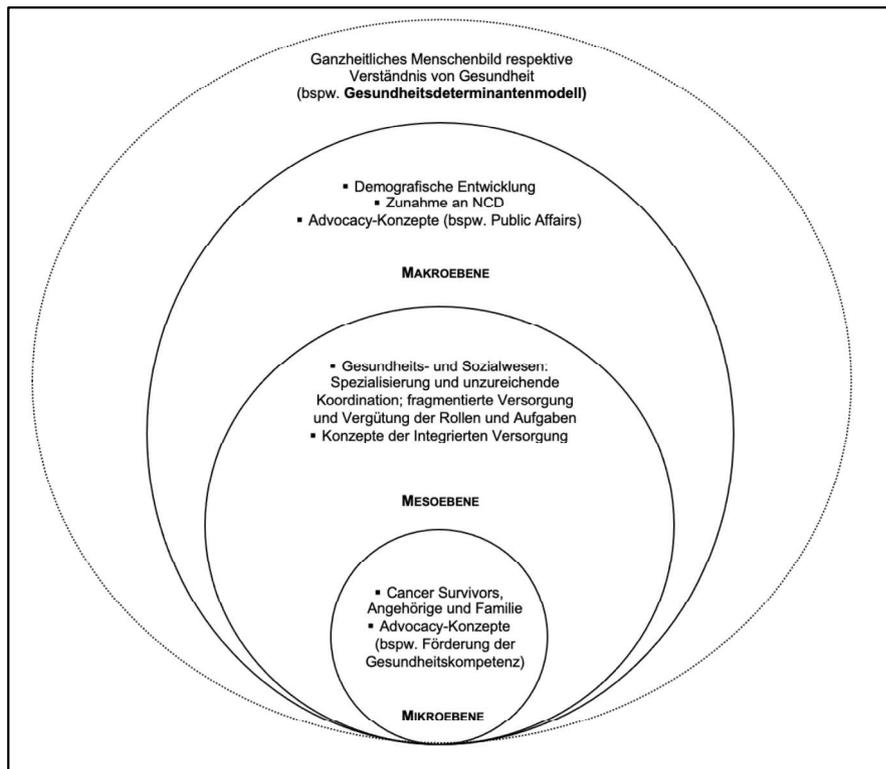
und eine Grobkonzeption des Soll-Zustands erarbeitet. Die Handlungsempfehlungen sollen bei Bedarf als Vorlage für andere Krebsligen dienen. Die Motivation zur Bearbeitung des vorliegenden Themas durch die Autorin rührt einerseits aus einem professionellen Bezug zur KLB im Rahmen eines vergangenen Kommunikationsberatungsmandats, was einen engen Austausch, einen niederschweligen Zugang zur Organisation und entsprechenden Dokumenten ermöglichte. Andererseits ist die Motivation auf einen persönlichen Bezug aufgrund eines familiären Verlusts durch Krebs zurückzuführen. Zudem verfolgte die Autorin aufgrund ihres kommunikativen beruflichen Backgrounds sowie des Masterstudium der Sozialen Arbeit das Erkenntnisinteresse, die beiden Felder zusammenzuführen und sich ihnen wissenschaftlich zu nähern.

1.1 Problemstellung

Die Problemstellung ergibt sich aus einem Zusammenspiel von Makro- (Ebene des gesamten Gesundheitssystems), Meso- (Ebene der Organisation der Leistungserbringung) sowie Mikroebene (Ebene der Betroffenen). Aufgrund der Mehrschichtigkeit und zur besseren Orientierung für die Leserschaft wird die Problemstellung daher nachfolgend bewusst breit sowie gleichzeitig summarisch auf besagten drei Ebenen beschrieben (vgl. Abbildung 1).

Insbesondere die Makro- und die Mesoebene lassen sich dabei nicht immer trennscharf auseinanderhalten: So sind «das Gesundheitswesen» oder Modelle der Integrierten Versorgung Elemente, welche grundsätzlich der Makroebene zugeordnet werden können; gleichzeitig findet die Organisation der effektiven Leistungserbringung «des Gesundheitswesens» auf der Mesoebene, also auf der Ebene der Organisationen, statt. Gleiches könnte über die finanziellen Vergütungen und gesetzlichen Grundlagen gesagt werden, die den Rahmen für die Organisationen bilden und damit deren Leistungserbringung unmittelbar steuern. Da letztere im Endeffekt auf der Mesoebene erbracht wird und damit «das Gesundheitswesen» bilden, werden das Gesundheitswesen und dessen Fragmentierung sowie das Konzept der Integrierten Versorgung nachfolgend auf der Mesoebene beschrieben.

Die Argumentation orientiert sich dabei grundsätzlich am Gesundheitsdeterminantenmodell von Dahlgren und Whitehead (1991), einem *ganzheitlichen Verständnis* von Gesundheit (vgl. Kapitel 2.4). Dieses Verständnis ist für die SA besonders anschlussfähig, weil es nebst einer biologischen und psychischen eine soziale Dimension von Gesundheit miteinbezieht und damit die Lebenswelt der Menschen berücksichtigt.

Abbildung 1*Zusammenspiel von Mikro-, Meso- und Makroebene des Gesundheitssystems***1.1.1 Makroebene**

Nichtübertragbare Krankheiten (non-communicable diseases; NCD) haben die sogenannte übertragbaren Krankheiten (Infektionen) als Ursache für Erkrankungen und vorzeitigen Tod längst abgelöst: Sie sind weltweit, indes auch in der Schweiz, die Hauptursache für die Krankheitslast in der Bevölkerung. Krebs, Diabetes oder Herz-Kreislauferkrankungen sind heute verantwortlich für vorzeitige Todesfälle, chronisches Leiden und verminderte Lebensqualität. Aufgrund der demografischen Entwicklung, namentlich der Alterung der Bevölkerung, ist davon auszugehen, dass die Bedeutung von NCDs weiterhin zunehmen wird (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2016, S. 9). Mit der demografischen Alterung sind zudem Fragen wie die Finanzierung der Altersvorsorge und die Sicherstellung einer qualitativ hochstehenden Pflege verbunden (Gehrlach et al., 2022, S. 5).

1.1.2 Mesoebene

Das Schweizer Gesundheitswesen ist qualitativ hochstehend und zeichnet sich durch eine hohe Fragmentierung und Spezialisierung aus (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2019). Für Patient*innen ist die Orientierung schwierig (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2013, S. 13). Die Koordination unter den Leistungserbringenden ist zudem unzureichend, dies vor allem bei

(hoch-)betagten, multimorbiden^{2 3} sowie Menschen mit psychisch-somatischer Komorbidität (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2018b, 2018a, S. 3, 2019, S. 17). Infolge dieser unzureichenden Koordination leidet die Versorgung von multimorbiden Menschen (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2019, S. 17). Da das heutige System stark auf die Akutversorgung ausgerichtet ist und die Gesundheitsförderung und Prävention vernachlässigt werden (OECD, 2006, 2011; Schoen, Osborn, How, Doty & Peugh, 2009; Schoen et al., 2010), werden nach Aussagen der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK) chronisch und mehrfach kranke Menschen häufig vernachlässigt (2019, S. 16). Gemäss GDK und Bundesamt für Gesundheit (BAG) erfordert die Zunahme an chronischen Krankheiten vermehrt eine integrierte (medizinische) Versorgung (2012, S. 4). In diesem Kontext können entsprechende Konzepte vermehrt in den Fokus rücken, da die Komplexität der Behandlung laufend zunimmt und die Betroffenen nebst medizinisch-pflegerischen auch soziale Unterstützung in Anspruch nehmen (Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, 2019, S. 5).

1.1.3 Mikroebene

Gemäss Kapitel 1.1.1 nehmen Krebserkrankungen aufgrund der demografischen Entwicklung zu. Laut Krebsliga Schweiz (KLS) hat sich Krebs von einer lebensbegrenzenden, unheilbaren Krankheit zu einer lebensverändernden, chronischen Erkrankung entwickelt (n.d.b). Bis 2030 werden in der Schweiz eine halbe Million Menschen mit und nach Krebs leben (sogenannte «Cancer Survivors») (Krebsliga Schweiz, 2021). Gemäss KLS fehlt es innerhalb des Schweizer Gesundheitswesens an koordinierten Nachsorgeangeboten für die Zeit nach der medizinischen Erstbehandlung (2021). Wie in früheren Arbeiten dargelegt, ist dies nicht zuletzt auf den – sich auf allen Ebenen manifestierenden – dominanten Medikalierungsdiskurs (im Schweizer Gesundheitswesen) zurückzuführen (Zwahlen, 2021), welcher nachfolgend zur Einordnung und Kontextualisierung umrissen wird. Die zunehmende Professionalisierung der Medizin wurde in den 1970-er Jahren kritisch gesehen (Stollberg, 2012, S. 638). So schreibt Zola (1972, S. 482) *“(that) medicine is becoming a major institution of social control, nudging aside, if not incorporating, the more traditional institutions of religion and law”*. Conrad und Schneider bezeichnen die Medikalierung als Ausdehnung der Jurisdiktion der medizinischen Profession auf Probleme, die zuvor nicht als medizinische begriffen wurden (1980, zit. in Stollberg, 2012, S. 638). Der Arzt und Medizinhistoriker Steinke bezeichnet Medikalierung «als komplexen gesellschaftlichen Prozess, in dessen Folge immer mehr Aspekte unseres Lebens unter einer medizinischen Perspektive betrachtet werden». Für Steinke steht die Zunahme

² Mit «Multimorbidität» wird das gleichzeitige Auftreten von zwei oder mehr chronischen Erkrankungen bezeichnet (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2016, S. 63).

³ Mit zunehmendem Alter leiden Menschen häufig an mehreren Krankheiten (Multimorbidität, meist NCDs) (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2016, S. 15).

der Medikalisierung in der Gesellschaft unter anderem in Zusammenhang mit der Medizin als «alleinigem Bezugssystem für die Beschreibung von Gesundheits- und Krankheitszuständen» (Moser, 2015, S. 32–33). Und nicht zuletzt ist auch die Ressourcenallokation an den Medikalisierungsdiskurs geknüpft: So ist der wachsende Ressourcenbedarf im Gesundheitswesen unter anderem auf die steigende Lebenserwartung (demografischer Wandel) und den damit einhergehenden Zuwachs an multimorbiden, chronisch erkrankten Menschen sowie den Bedarf an entsprechender medizinischer Versorgung zurückzuführen (Beske 2016; Breyer 2016; Cassel; Postler 2007, zit. in Bossert & Strech, 2020, S. 753). Indes ist auch die zunehmende Medikalisierung der Gesellschaft ein Kostentreiber, indem die Medizin ihr Aufgabengebiet immer weiter auf gesellschaftliche Probleme und Lebensphasen ausweitet (Conrad, 2007, zit. in Bossert & Strech, 2020, S. 753). Der Medikalisierungsdiskurs erschwert eine ganzheitliche und integrierte Versorgung von Cancer Survivors, denn: Eine Krebsdiagnose markiert in der Regel den ersten Schritt in die onkologische (medizinische) Zuständigkeit. Gilt jemand nach erfolgter Therapie als geheilt, bedeutet dies gewissermassen die Entlassung aus der Zuständigkeit der Onkologie-Fachpersonen, und die Cancer Survivors erfahren durch die Medizin keine weitere systematisierte und organisierte Hilfestellung mehr. Damit entsteht ein Spannungsfeld (und eine potentielle Versorgungslücke) zwischen dem Umstand auf der einen Seite, dass immer mehr Menschen als geheilt gelten und weiterleben, indes mit den Spätfolgen ihrer Erkrankung zu kämpfen haben und sich gleichzeitig auf der anderen Seite die Medizin nicht mehr als zuständig sieht und die Betroffenen sich im fragmentierten Dienstleistungsangebot und der Vielzahl an Akteur*innen zurecht finden müssen (Zwahlen, 2021).

Künftig sollen die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung noch mehr von den Patient*innen aus gedacht werden sowie ihre Bedürfnisse im Zentrum stehen (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2013, S. 5). Im Zuge der vermehrten Ausrichtung auf die Gesundheitsförderung und Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2021b) gewinnen so Konzepte wie jenes der Gesundheitskompetenz⁴ an Relevanz (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2021a)⁵. Nutzende sollen dazu befähigt werden, Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2021a; World Health Organization, 1998). Damit verbunden ist das Ziel, dass Menschen lernen, mit chronischen Krankheiten zu leben und diese (mit Unterstützung von Fachpersonen) selber zu managen (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2013, S. 4, 2021a). In der Public-Health-Perspektive wurde Gesundheitskompetenz Ende der 1990er Jahre zu einer wichtigen Grösse im Prozess des Empowerments von Menschen für die Belange ihrer Gesundheit (Lenartz, Soellner & Rudinger, 2016, S. 275).

⁴ «Health Literacy»

⁵ Die NCD-Strategie benennt die Verbesserung der Gesundheitskompetenz als «spezifisches Ziel» (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2016, S. 5).

1.2 Forschungsfragen und Aufbau der Arbeit

Die Zunahme an Cancer Survivors in der Schweiz erfordert aus biopsychosozialer Perspektive weitergehende Überlegungen zu deren integrierten nachsorgerischen Versorgung. Es stellt sich insbesondere die Frage nach einer nachhaltigen Finanzierung, wie die Problemstellung, gestützt durch die Abbildung des Forschungsstands sowie des aktuellen Fachdiskurses, dargelegt hat. Diese hat weiter aufgezeigt, dass die Makro-, die Meso- und die Mikroebene nur bedingt durchlässig sind: Aufgrund der fragmentierten Finanzierung können Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens, so die KLB, den Bedürfnissen von Cancer Survivors an koordinierte Unterstützungsangebote im Rahmen der Integrierten Versorgung nur bedingt entsprechen. Die KLB verfügt heute bereits über eine erfolgsversprechende Ausgangslage, um künftig eine prominenter und einflussreichere Position einzunehmen (solide Vernetzung im Gesundheitswesen, intakte Reputation, positives Image, fachliche Expertise, interprofessionelles Know-how) (LINK Institut, 2020; Sperisen, Cardinaux-Fuchs, Schneider-Mörsch, Stoll & Haslbeck, 2021, S. 14). Der Umstand, dass multimorbide und Menschen mit NCD, so zum Beispiel Krebs, künftig verstärkt in den Fokus rücken und die dokumentierten Bedürfnisse der Cancer Survivors nach einer Organisation, die als Drehscheibe Koordinationsaufgaben übernimmt, könnte die bisherige Position und Arbeit der KLB in diesem Feld stärken.

Für die vorliegende Masterthesis leiten sich damit die folgende Hauptforschungsfrage mit den beiden Unterforschungsfragen ab:

Hauptfrage:

- Inwiefern ist Public Affairs als Form von Advocacy auf der Meso- und Makroebene für die Krebsliga Bern erfolgsversprechend, um ihr Dienstleistungsangebot für Cancer Survivors langfristig finanziell zu sichern?

Unterfragen:

- Welche Voraussetzungen in Bezug auf die nachhaltige Finanzierung (Daten, Know-how, Infrastruktur usw.) müssen bei der Krebsliga Bern geschaffen respektive erfüllt sein?
- Welche alternativen Formen von Advocacy zu Public Affairs sind für die Krebsliga Bern geeignet?

Der Fokus wird dabei ausschliesslich auf die Meso- und die Makroebene (und nicht auf die Mikroebene) gelegt, weil es sich bei PA (als Form von Advocacy) um das strategische Management von Entscheidungsprozessen an der Schnittstelle zwischen Politik, Wirtschaft und Gesellschaft handelt und PA die externen Beziehungen einer Organisation, vor allem zu

Regierungen, Parlamenten, Behörden, Gemeinden sowie Verbänden und Institutionen, organisiert (Althaus, 2005, S. 262).

Die vorliegende Thesis besteht aus sechs Teilen:

- Das erste Kapitel besteht aus der Einleitung ins Thema, dem Beschrieb der Problemstellung sowie der Forschungsfragen, der Relevanz des Themas für die SA sowie des methodischen Vorgehens.
- Im zweiten Kapitel Teil werden die theoretischen Grundlagen und Bezüge dargelegt.
- Im dritten Kapitel wird die Krebsliga Bern als Organisation vorgestellt.
- Das vierte Kapitel befasst sich mit der Umfeld- und Organisationsanalyse der KLB mit strategischen Stossrichtungen sowie mit der qualitativen Befragung in Form von zwei durchgeführten Fokusgruppengesprächen.
- Im fünften Kapitel werden die Ergebnisse präsentiert und mit der Theorie verknüpft.
- Im sechsten und letzten Kapitel werden die Forschungsfragen beantwortet, die Ergebnisse und das methodische Vorgehen diskutiert sowie die Handlungsempfehlungen zu Handen der KLB ausgesprochen.

1.3 Relevanz der Problemstellung für die Soziale Arbeit

Krebs entwickelt sich zu einer lebensverändernden, chronischen Krankheit. Die Betroffenen sind auf entsprechende Unterstützungsangebote, auch nach erfolgter Therapie angewiesen, zumal diese oft körperliche, psychische und soziale Folgen haben kann (vgl. Abbildung 2). Die Fragmentierung des Gesundheits- und Sozialwesens, die sich auch in der Vergütung und Finanzierung äussert, erschwert eine koordinierte und auf die Bedürfnisse der Betroffenen abgestützte Hilfeleistung. Es entstehen potenzielle Versorgungslücken und, aus Sicht der Sozialen Arbeit und befeuert durch dominante gesellschaftliche Diskurse, Exklusionstendenzen, die einer ganzheitlichen Perspektive auf das Konzept von Gesundheit widersprechen. Die zunehmende Ausrichtung des Gesundheitswesens auf die Betroffenen durch Konzepte wie Gesundheitskompetenz impliziert deren vermehrte Partizipation und Teilhabe; gleichzeitig stellt sich die Frage, wie diese in den bestehenden Strukturen abgebildet und implementiert wird und, welche Rolle Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens zukommt. Für die SA hat diese Problemstellung folgende Relevanz⁶ respektive setzt sie sich ein für (keine Reihenfolge oder Priorität):

- einen ganzheitlichen Gesundheitsbegriff, die Beachtung gesundheitlicher Einflussfaktoren sowie der sozialen Dimension von Gesundheit
- einen breiter gefassten Gesundheitsbegriff und ein breiter gefasstes Gesundheitsverständnis zu Gunsten von Cancer Survivors, dies durch die Arbeit an den Rahmenbedingungen

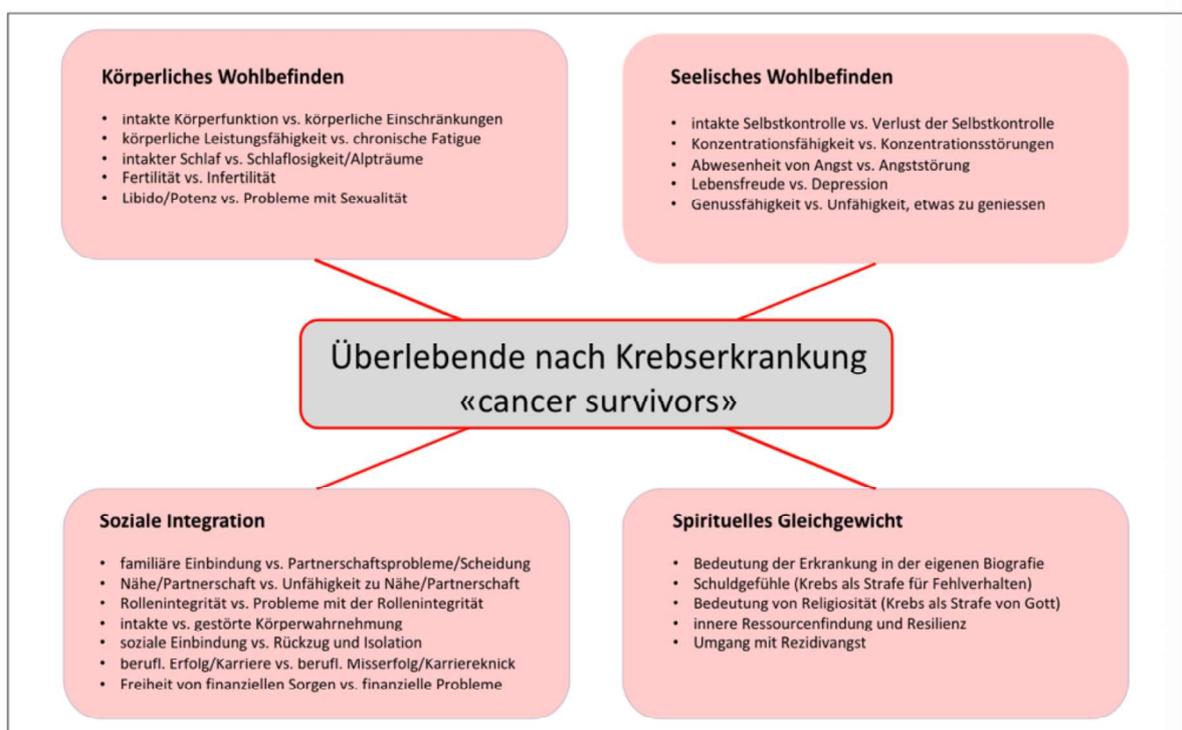
⁶ Vollständiger Beschrieb im Anhang.

von Gesundheit und geteilten Bezugsmodellen mit anderen Professionen (Interprofessionalität)

- Alternativen zum Medikalisierungsdiskurs rund um Krebs, welche die soziale (und psychische) Dimension von Krankheit ebenfalls berücksichtigen
- Chancengleichheit und gegen Exklusion sowie Empowerment und Advocacy

Abbildung 2

Dimensionen intakter beziehungsweise gestörter Lebensbereiche bei Langzeitüberlebenden nach Krebserkrankungen (Beyer, Tinner & Wertli, 2021, S. 773)



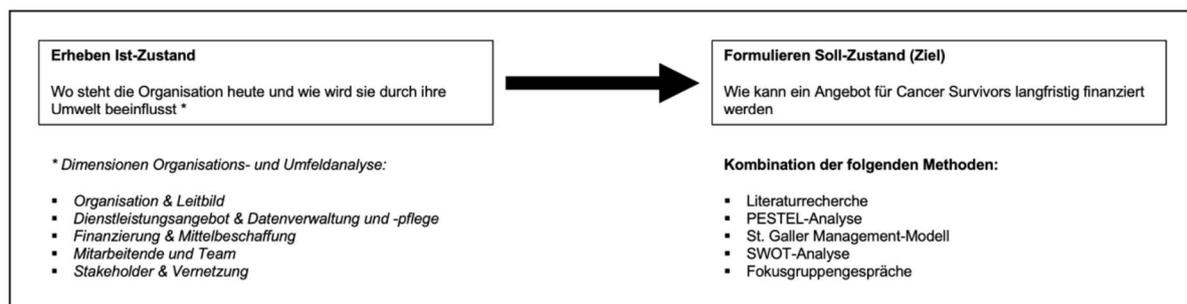
1.4 Methodisches Vorgehen

Zur Beantwortung der Forschungsfragen wird ein Mehrmethodendesign eingesetzt. Dieses besteht aus einer Kombination von sozial- und wirtschaftswissenschaftlichen Methoden (vgl. Abbildung 3). Mit einer systematischen Literaturrecherche (Schneeballsystem, Online-Recherche, Datenbankabfrage) (Döring & Bortz, 2016, S. 160) wird das Feld theoriegeleitet eingegrenzt und abgesteckt: Aktuelle Ansätze zu PA und Advocacy, zum Verhältnis zwischen SA und der Politik sowie zur Integrierten Versorgung werden aufgezeigt und das Gesundheitsdeterminantenmodell sowie die Situation von Cancer Survivors in der Schweiz beschrieben. Fokusgruppengespräche sind geeignet, um gezielt von der Einschätzung und dem Wissen der Teilnehmenden zu Advocacy respektive PA zu profitieren (für den vorliegenden Fall handelte es sich um Leitungspersonlichkeiten mit zum Teil langjähriger strategischer oder operativer Führungserfahrung, die das Gesundheitswesen aus unterschiedlichen Perspektiven kennen und teilweise direkten Patient*innenkontakt haben oder hatten).

Gruppendynamische und diskursfördernde Prozesse werden durch einen Gesprächsleitfaden und eine entsprechende Moderation gezielt angestossen. Sowohl das St. Galler Managementmodell (SGMM) als auch die SWOT stellen durch ihre Systematik und Methodik eine Verbindung zwischen Organisation und Umwelt her. Da die Forschungsfragen darauf abzielen, herauszufinden, inwiefern PA als Form von Advocacy für die KLB zur finanziellen Sicherung eines Cancer-Survivors-Angebots erfolgsversprechend ist und PA das strategische Management von Entscheidungsprozessen an der Schnittstelle zwischen Politik, Wirtschaft und Gesellschaft meint, ist diese Verbindung zentral. Die Kombination von SGMM, PESTEL und SWOT sind angesichts des zeitlichen Rahmens, der zur Erarbeitung der Masterthesis zur Verfügung steht, besonders geeignet, um zielführend und strukturiert zu aussagekräftigen Erkenntnissen zu gelangen. Die SWOT ist weiter geeignet, die Ist-Situation der KLB mit den Umwelteinflüssen durch Behörden, Politik und weiterer externe Stakeholder in Verbindung zu bringen und entsprechende strategische Stossrichtungen sowie Handlungsempfehlungen abzuleiten. Diese Handlungsempfehlungen wiederum können mittels Methodentriangulation mit Ergebnissen aus den Fokusgruppengesprächen erweitert werden.

Abbildung 3

Methodeneinsatz zur Beantwortung der Forschungsfragen



2 Theoretischer Teil

Das in der vorliegenden Masterthesis behandelte Feld und die verschiedenen thematischen Bezüge sind weit. Aus Gründen der Stringenz werden jene theoretischen Grundlagen in drei thematischen Schwerpunkten beleuchtet, die dem unmittelbaren Verständnis und der Nachvollziehbarkeit der Problemstellung sowie der Forschungsfragen dienlich sind.

THEMATISCHER SCHWERPUNKT 1 - ADVOCACY, PUBLIC AFFAIRS UND DAS VERHÄLTNIS ZWISCHEN DER SOZIALEN ARBEIT UND DER POLITIK

In einem ersten Schritt wird das Advocacy-Konzept beleuchtet. Weiter wird dargelegt, was PA und Lobbying sind und wie diese Instrumente in der Sozialen Arbeit angewandt werden können. Abschliessend wird das Verhältnis SA und Politik einer vertieften Analyse unterzogen.

THEMATISCHER SCHWERPUNKT 2 - GESUNDHEITSPOLITISCHE GRUNDLAGEN UND LEITENDES MENSCHENBILD

In einem zweiten Schritt wird das Gesundheitsdeterminantenmodell von Dahlgren und Whitehead vorgestellt. Weiter werden die Grundlagen der Integrierten Versorgung eingeführt.

THEMATISCHER SCHWERPUNKT 3 - CANCER SURVIVORS

In einem dritten und letzten Schritt werden im Theorieteil die Besonderheiten, Bedürfnisse und Herausforderungen von Cancer Survivors dargelegt.

THEMATISCHER SCHWERPUNKT 1

2.1 Advocacy

Zum Umreißen des thematischen Schwerpunkts «Advocacy» wurden Nachschlagewerke und Handbücher der Sozialen Arbeit gesichtet. Der Aufsatz von Urban Stahl (2018) aus «Soziale Arbeit» von Grasshoff, Renker und Schröer (2018) schien aufgrund seiner Übersichtlichkeit und Klarheit besonders für die vorliegende Thesis geeignet. Advocacy (Anwaltschaft) leitet sich demnach vom Anspruch beruflichen Handelns in der SA ab, Verantwortung für die Wahrung der Würde und der Rechte von Klient*innen zu übernehmen und diese gleichzeitig in die Lage zu versetzen, ihre Rechte selbst zu vertreten. Advocacy richtet sich demnach auf die Gestaltung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, auf die Verbesserung der Lebenslagen und Chancen benachteiligter und ausgegrenzter Gruppen, aber auch auf die Unterstützung einzelner Nutzenden (Urban-Stahl, 2018, S. 473). Damit werden die Makro- und die Mikroebene angesprochen. Im Berufskodex von Avenir Social (2010) werden ebenfalls beide Ebenen aufgeführt: So wird unter anderem darauf hingewiesen, dass SA sich an der Lösung struktureller Probleme beteiligt, dass die Professionellen der SA menschen- und bedürfnisgerechte Sozialstrukturen und Solidarsysteme fordern und begünstigen, sie ihre Netzwerke für gesellschaftliche und sozialpolitische Verbesserungen einsetzen und ihr Wissen der Öffentlichkeit, der Forschung und der Politik über soziale Probleme sowie deren Ursachen und Wirkungen auf individueller und struktureller Ebene vermitteln. Damit ist anwaltschaftliches Handeln gemeint.

In der SA nimmt Advocacy eine zentrale Rolle ein, weil diese zwischen Individuum und Gesellschaft vermittelt und sich in dieser Vermittlung nicht darauf reduzieren darf, mit Einzelnen zu erarbeiten, wie sie sich verändern können, sondern sich ebenso auf die Veränderung der Gesellschaft richten muss (Urban-Stahl, 2018, S. 474).

Advocacy kommt auf unterschiedlichen Ebenen zum Tragen und so geht es um (Urban-Stahl, 2018, S. 475):

- den Miteinbezug des sozialen Umfelds der Nutzenden in die Arbeit
- Aufklärung und Unterstützung in der Wahrnehmung von Rechten in der Gesellschaft (Empowerment)
- die Gestaltung von Infrastruktur- und Gemeinwesenarbeit und
- die Identifikation, Benennung und Abbau von strukturellen Risiken und Benachteiligungen in der Gesellschaft, Beeinflussung und Mitgestaltung von (sozial-)politischen Rahmenbedingungen der SA (vgl. dazu das Kapitel 2.3)

Nach Urban-Stahl handelt es sich bei Advocacy um einen professionellen Handlungsanspruch, nicht um eine Methode. Advocacy setzt eine kritische Begleitung des eigenen Tuns sowie eine ehrliche Auseinandersetzung damit voraus, in wessen Auftrag und nach welchen Interessen im Einzelfall gehandelt wird (2018, S. 481–482). Mit strukturellen Asymmetrien, dem Umstand also, dass Fachkräfte im Auftrag der Profession und im öffentlichen Auftrag handeln, über Fachwissen und Definitionsmacht verfügen (der Machtdiskurs wird an dieser Stelle nicht weiter vertieft), entscheiden, auf welche Diskurse sie sich berufen und einen Vorsprung an Orientierung, Information und Rollensicherheit im Hilfesystem verfügen gegenüber den Nutzenden, die auf Hilfe und Unterstützung angewiesen sind und ein Problem nicht alleine lösen können, kann nur reflexiv umgegangen werden (Urban-Stahl, 2018, S. 477, 481). Dazu nochmals Urban-Stahl: *«Wer sein Handeln in der Sozialen Arbeit nicht politisch begreift und sich zu gesellschaftlichen Strukturen, Benachteiligungen etc. nicht verhält, läuft Gefahr, Menschen manipulativ oder repressiv zu sozialen Anpassungsleistungen zu bewegen.»* (2018, S. 482). Advocacy ist unter anderem anschlussfähig für Konzepte wie Partizipation oder Empowerment.

2.2 Public Affairs und Lobbying

Die theoretischen Grundlagen im nachfolgenden Kapitel entstammen mehrheitlich dem 2021 erschienenen «Handbuch Public Affairs» von Röttger, Donges und Zeffass (Hrsg.). Für die Darlegung der theoretischen Grundlagen zu PA und Lobbying wurden Nachschlagewerke und Handbücher gesichtet. Es soll an dieser Stelle auf die umfangreiche deutschsprachige kommunikations- und politikwissenschaftliche Forschung zum Thema hingewiesen werden (Ingenhoff, Althaus, Hoffjann, Zimmer, Röttger, Donges, Zeffass, Szyszka et al.), die punktuell für die vorliegende Arbeit konsultiert wurde.

Organisationen, auch solche des Nonprofit-Bereichs, nehmen Einfluss auf ihre Umwelt und werden gleichzeitig durch diese beeinflusst, sei es durch regulatorische oder finanzielle

Rahmenbedingungen oder durch Ansprüche ihrer unterschiedlichen Stakeholder. Sie sind daher aufgefordert, ihre Umwelt systematisch zu beobachten, Trends frühzeitig auf ihre Auswirkungen auf die eigene Tätigkeit zu analysieren und Methoden und Instrumente einzusetzen, die sie bei dieser Absicht unterstützen (Eisenegger & Künstle, 2014; Krummenacher, 2019b; Vilain, 2016). PA respektive Lobbying kann ein solches Instrument sein, weshalb im folgenden Kapitel die entsprechenden theoretischen Grundlagen beleuchtet werden. Diese basieren auf verschiedenen wissenschaftlichen Zugängen, so zum Beispiel auf der Wirtschaftswissenschaft (strategisches Management), der Public-Relations-Theorie der Kommunikationswissenschaft (Stakeholder- und Issues-Management, Beziehungs- und Reputationmanagement), der Organisationssoziologie und Politikwissenschaften (Lobbying). In der deutschsprachigen Kommunikationswissenschaft liegt der Fokus bei PA – als Spezialisierung der Public Relations – auf der Beziehung zur Politik und vertritt damit ein enges Begriffsverständnis von PA als den Versuch von Organisationen, politische Prozesse sowie Politikerinnen und Politiker zu beeinflussen, um ein regulatorisch vorteilhaftes Umfeld zu erhalten (Ingenhoff & Hugli, 2021, S. 92). Aufgrund der Vielfalt der wissenschaftlichen Bezüge und der entsprechenden Komplexität werden diese einzelnen Bereiche im Rahmen der vorliegenden Thesis nicht vertieft; wenn da und dort Bezüge dazu gemacht werden, werden diese in der Tendenz summarisch ausfallen.

In der vorliegenden Thesis wird mit den nachfolgenden, in einem Fall sehr aktuellen, Definitionen von PA gearbeitet, die zum Teil leicht unterschiedliche Schwerpunkte setzen:

Public Affairs bezeichnet das strategische Management von Aussenbeziehungen zum sozialen und besonders zum politischen Umfeld unter Einsatz von öffentlichen und nicht-öffentlichen Kommunikationsformen. ... Public Affairs beinhaltet generell alle Funktionen einer Organisation mit Beziehung zum Management der Reputation der Organisation mit externem Publikum, inklusive Lobbying oder Regierungsbeziehungen, Medienbeziehungen, Issue und Stakeholder Management und Gesellschaftsbeziehungen (Ingenhoff & Hugli, 2021, S. 90–93).

Public Affairs ist das strategische Management von Entscheidungsprozessen an der Schnittstelle zwischen Politik, Wirtschaft und Gesellschaft. Public Affairs organisiert die externen Beziehungen einer Organisation, vor allem zu Regierungen, Parlamenten, Behörden, Gemeinden sowie Verbänden und Institutionen und zur Gesellschaft selbst. Public Affairs heisst Vertretung und Vermittlung von Unternehmens-, Mitarbeiter- [sic] und Mitgliederinteressen im politischen Kontext, direkt durch Lobbying von Entscheidungsträgern und indirekt über Meinungsbilder und Medien (Althaus, 2005, S. 7).

Public Affairs meint die Legitimation von Profit- und Non-Profit-Organisationen mittels nichtöffentlicher und öffentlicher Kommunikationsformen gegenüber dem politischen System. ... Public Affairs wird als Teil der Public Relations verstanden, der sich auf die Legitimation und Interessendurchsetzung gegenüber der Politik spezialisiert hat (Hoffjann, 2015, S. 883).

Wie die obgenannten Definitionen implizieren, handelt es sich bei Lobbying um eines der Instrumente, das im Rahmen einer PA-Strategie zum Einsatz kommt sowie auf bestimmte Stakeholder mit bestimmten Zielsetzungen fokussiert. Zimmer (2021, S. 458) beschreibt Lobbying als Politikbeeinflussung, es ist damit das Instrument, das insbesondere in der Organisation der Beziehungen zu Regierungen, Parlamenten, Behörden, Gemeinden eingesetzt wird (vgl. Althaus, 2005). Lobbying oder Lobbyismus bezeichnet die direkten und in der Regel informellen Versuche von Vertretenden gesellschaftlicher Interessen, auf die Akteur*innen des politischen Entscheidungsprozesses konkret einzuwirken, um Politiker*innenergebnisse in ihrem Sinne zu verändern (Kleinfeld, Willems & Zimmer, 2007, S. 10). In einem engen Begriff von Lobbying geht es um den Versuch einer zeitlich begrenzten Einflussnahme im Hinblick auf ein konkretes Vorhaben der Politik (Gesetz, Verordnung, öffentlichen Auftrag) mittels gezielter Kommunikation, die in der Regel informell erfolgt. Wesentliche Elemente der Definition von Lobbying sind daher Akteurszentriertheit, Informalität und Kommunikation (Zimmer, 2021, S. 462). Auch wenn PA oft informellen und nicht-öffentlichen Charakter haben, ist es laut Ingenhoff und Hugi (2021, S. 105) ein klarer Trend, dass sie öffentlicher geworden sind und die Grenzen zwischen Public Relations (PR) und PA zunehmend verschwimmen. Im Gleichschritt mit der fortschreitenden Konvergenz der Kommunikationsdisziplinen werden von Unternehmen aktiv PA-, PR- und Campaigning-Massnahmen vermischt respektive kombiniert (Ingenhoff & Hugi, 2021, S. 105).

Wenn Organisationen PA-Strategien planen und entwickeln, um Einfluss auf ihre Umwelt und/oder bestimmte Stakeholder zu nehmen sowie, um Handlungsräume im Wertschöpfungsprozess zu sichern (Fährnich & Mono, 2022, S. 883), dann geschieht dies in der Regel vor dem Hintergrund bestimmter Zielsetzungen, die die Organisationen verfolgen. Entsprechend stellt sich die Frage, wie die Erreichung dieser Ziele überhaupt gemessen und evaluiert werden kann und inwiefern Rückschlüsse über Erfolg oder Misserfolg bestimmter Massnahmen zulässig sind. Nach Althaus (2021, S. 406) sind die sozialen Systeme, für die PA zuständig ist, komplex und oft chaotisch. Die Nichtstandardisierbarkeit gehört, wie die grosse Bedeutung der persönlichen Netzwerke und des stillen, impliziten Wissens, zur Berufswirklichkeit. Der Wirkungsnachweis politischer Einflussarbeit von Interessenorganisationen ist ein schwer fassbares Handwerk. Gleichzeitig steht PA unter dem Druck, ihre Erfolge in Form von

Dashboards und Scorecards sichtbar zu machen (Althaus, 2021, S. 406). Im PA-Pionierland USA entstanden in den 1980-er Jahren erste Versuche, Evaluationsmodelle für PA zu entwickeln, die sich bald mit der Herausforderung und Frage konfrontiert sahen, was denn eigentlich gemessen werden soll und wie sich dies monetär ausdrücken lässt. Gegenwind gab es von (deutschen) führenden PR-Forschenden, die unter anderem falsche Zielgrößen sowie fehlende Kausalbeziehungen und grosse Operationalisierungsprobleme feststellten (vgl. dazu Kretschmer, 2014; Zerfass, 2015; Dreiskämper, 2019, zit. in Althaus, 2021, S. 407-408); nach Szyszka (2017, S. 37, 190) betreibt Kommunikation soziale und nicht ökonomische Wertschöpfung, sie bewirtschaftet Beziehungen und Vertrauenskapital. Althaus (2021, S. 408) charakterisiert das Dilemma von PA deshalb wie folgt:

Eine objektive Rezeptlehre der Politik gibt es ... nicht. Die empirische Politikwissenschaft bietet keine Gesetzmässigkeiten. Statt Kausalketten findet sie Korrelationen. Sie vermag Kraftfeldanalysen treibender und rückhaltender Faktoren zu liefern, manchmal Routinen und Regeln für Zeiten relativer Stabilität. Selbst dort findet sie Dysfunktionalität, Rationalitätsgrenzen, mehrdeutige Ziele, Verflechtungsfallen und Inkrementalismus (also Durchwursteln). Die Zeiten sind aber nicht stabil. Regelmäßigkeit und Berechenbarkeit sinken, «politische Turbulenz» ist das neue Stichwort der Wissenschaft für abrupte Tempo- und Richtungswechsel, Ordnungszerfall, erratisches Verhalten, Regelbruch, Schock und Chaos. Dazu gehört das rasante Spiel mit Zeit und Timing. Trotz Langzeitzielen ist PA oft episodenhaft und hektisch. Viele PA-Manager sehen sich als alarmgetriebene Feuerwehr. Im besten Fall leisten sie vorbeugenden Brandschutz. Erfolg ist dann ein Ereignis, das nicht stattfindet.

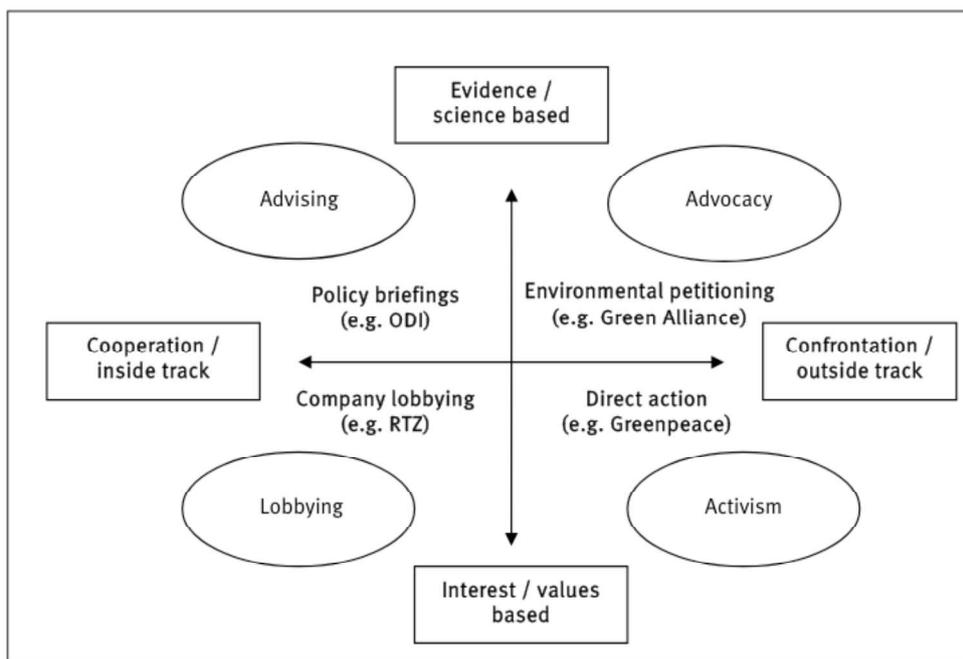
Diese unumwunden ehrliche Einschätzung der Möglichkeiten, jedoch auch der Grenzen von politischer Einflussnahme und der (im wahrsten Sinne des Wortes) fehlenden Berechenbarkeit von Massnahmen ist ernüchternd und weist gewisse Parallelen zur oftmals problematischen Messbarkeit von Massnahmen und Interventionen im Bereich der SA auf, die in einem nicht minder komplexen sozialen System agiert. Insbesondere die Aussage zur «alarmgetriebenen Feuerwehr», die geholt wird, wenn es brennt, erinnert bisweilen an die Sozialarbeitenden, die sich um die Folgen sozialer Probleme zu kümmern haben, deren Ursprung beispielsweise in struktureller Ungleichbehandlung, Chancenungleichheit oder Ressourcenungleichverteilung liegen und sich ihrem Einfluss (vermeintlich) entziehen.

PA zielt auf Einfluss und Wirkung, und auch wenn die PA-typische Arbeit in Netzwerken und Bündnissen es erschwert, Beiträge einzelnen Akteur*innen zuzuordnen (Althaus, 2021, S. 409), operieren PA-Strategien nicht im luftleeren Raum und ohne Ziel oder beabsichtigte

Wirkung. Ausgangspunkt für Organisationen ist es folglich, sich in einem ersten Schritt über das Ziel sowie die entsprechend zielführende Strategie bewusst zu werden. Die Messgrößen für die Erfolgsbeurteilung leiten sich dann entsprechend ab. Die Typologie politischer Einflussstrategien nach Start & Hovland (vgl. Abbildung 4) unterscheidet Insider- und Outsider-Strategien mit unterschiedlichen Handlungsarenen, Kanälen und Praktiken, die öffentliche Politik inhaltlich verändern sollen.

Abbildung 4

Tools and organisations on the cooperation/evidence axes (Start & Hovland, 2007, S. 5)



Die x-Achse (cooperation vs. confrontation) bildet das Verhalten gegenüber Adressat*innen ab. Rechts geht es um Einfluss über öffentliche Aufmerksamkeit und Druck, um Probleme zu artikulieren. Links nutzt der Einfluss über Kooperationen stärker Zugänge über Expert*innen-zirkel und Arbeitsbeziehungen und bietet eher Problemlösungen an. Die y-Achse zeigt, ob sich die Argumentation eher auf Evidenz oder auf ideologische Werte und Interessen abstellt. Die Ansätze können kombiniert werden (Althaus, 2021, S. 409; Start & Hovland, 2007, S. 5). Laut diesem Modell ist *“confrontation (is) usually the method of advocacy and activism strategies. It seeks to obtain change via pressure and seeks to point out problems rather than offer solutions. It works from the outside, rather than gaining an inside track in policy communities”* (Start & Hovland, 2007, S. 5). In Abbildung 4 wird Advocacy als Instrument auf der Basis von Argumenten mit wissenschaftlicher Evidenz sowie in direkter Aktion beschrieben, beispielsweise in Form von Kampagnen (Althaus, 2021, S. 409) oder öffentlichen Petitionen (Quadrant oben rechts). Dazu können beispielsweise die unlängst angenommene Tabakverbotsinitiative

gezählt werden, hinter der eine breite Trägerschaft von Organisationen aus dem Gesundheits- und Sozialwesen stand (unter anderem die KLS)⁷.

Die Messgrößen für die Erfolgsbeurteilung leiten sich von der entsprechenden Strategie und ihrer Massnahmen ab. Wenn es darum geht, die Wirkung einer öffentlichkeitswirksamen Aktion zu messen, so können eine Medienresonanzanalyse mit Daten aus Pressespiegeln, dem Monitoring Sozialer Medien, Befragungen etc. hilfreich sein. Bei Insiderstrategien, wie beispielsweise dem Lobbying, dürfte dies bereits deutlich schwieriger sein (Althaus, 2021, S. 409–410). Beispiele für Wirkungsmodelle finden sich bei Nicht-Regierungsorganisationen (NGO), die auf institutionelle Förder*innen angewiesen sind, die bei der Mittelvergabe Wirkungsmodelle einfordern (Althaus, 2021, S. 410; Coffman, 2009; Reisman, Gienapp & Stachowiak, 2007). Nach Althaus (2021, S. 428) ist das Unternehmensumfeld ein «soziales Gewebe, in dem es kaum Kausalketten gibt, sondern wirre Knäuel, Knoten und lose Enden». Gefragt seien «tactic knowledge, Strategiekompetenz und Lernkultur».

Für die KLB sind Verbindlichkeit und das Bewusstsein über die eigenen Ziele, das Ableiten von Strategien, die das Handeln in Allianzen, etwa im Verbund von Verbandsmitgliedschaften (vgl. Kapitel 3.1), miteinbeziehen sowie Klarheit über die eigenen Ressourcen und Daten zentral, um innerhalb dieses komplexen sozialen Gefüges erfolgreich Einfluss nehmen zu können. Zudem dürften für die KLB als Organisation des Gesundheits- und Sozialwesens Strategien auf der Basis von wissenschaftlicher Evidenz (Politikberatung oder wie bereits erwähnt Advocacy) grundsätzlich erfolgsversprechend sein, verfolgen sie nun einen Insider- oder Outsider-Ansatz. Gleichwohl spielt die Werteorientierung, die der sozialarbeiterischen Prägung von Advocacy zu Grunde liegt, eine zentrale Rolle, weshalb grundsätzlich auch Lobbyingstrategien erfolgsversprechend sein könnten. Aktivistische Massnahmen laufen Gefahr, kontrovers aufgenommen zu werden und reputationsstrapazierend zu sein.

2.3 Soziale Arbeit, Politik und Soziallobbying

Das folgende Kapitel beleuchtet aus einer theoretischen Perspektive das Verhältnis zwischen Politik und der SA und Möglichkeiten der Einflussnahme auf politische Prozesse mittels Soziallobbyings. Dabei wird ebenfalls die Frage kurz gestreift, ob die SA überhaupt ein politisches Mandat hat. In einem ersten Schritt wird das erwähnte Verhältnis historisch hergeleitet, anschliessend wird eine knappe Übersicht über zentrale sozialarbeiterische Theorien gemacht, die den politischen Auftrag begründen sowie abschliessend die Fragen nach den notwendigen Kompetenzen gefragt sowie die künftigen Herausforderungen kurz umrissen.

⁷ <https://www.kinderohnetabak.ch/news/die-schweiz-schutzt-ihre-kinder-und-jugendlichen-endlich-vor-tabakwerbung/>

2.3.1 Blick zurück und Stand heute

SA und Politik stehen seit jeher in einem engen und komplexen Verhältnis (Benz & Rieger, 2015, S. 9; Benz et al., 2014b, S. 8). Die historischen Wurzeln der Sozialen Arbeit in der Armenpflege und -fürsorge des 19. Jahrhunderts implizieren nach Gillich (2013, S. 13), dass SA parteilich ist. Im Kern geht es noch heute um Armut und Ausgrenzung, um das Wissen um soziale Ungleichheit, darum, dass nicht alle Menschen die gleichen Lebens- und Entwicklungschancen haben, dass das Individuum und die Gesellschaft zusammengehören und, dass der Mensch als soziales Wesen Teil des sozialen Raums ist und wechselseitige Einflüsse bestehen (Gillich, 2013, S. 13). Die Rahmenbedingungen sozialarbeiterischen Handelns sind politisch konstituiert, SA ist abhängig von Politik (Benz & Rieger, 2015, S. 9; Benz et al., 2014b, S. 8): Wie kaum eine andere Profession ist die SA von politischen Entscheidungen betroffen, nicht nur im engeren Sinne in der Sozialpolitik, sondern auch in der Sucht-, der Migrations- oder beispielweise der Gesundheitspolitik. SA beeinflusst Politik aber gleichzeitig vielfältig (Benz et al., 2014b, S. 8) und bringt sich politisch ein. Dies nicht zuletzt, weil SA im Schnittpunkt zwischen Individuum und seiner Umwelt bzw. der Gesellschaft handelt. In ihrer Selbstmandatierung als «Menschenrechtsprofession» gemäss Staub-Bernasconi (Aner & Scherr, 2020; Staub-Bernasconi, 2018) steht SA auf der Seite jener, deren Menschenwürde bedroht ist (Gillich, 2013, S. 13).

Die Frage, ob SA ein politisches Mandat hat, wird seit Jahren zum Teil kontrovers diskutiert. In seinem Aufsatz «Politisches Mandat als (Selbst-)Missverständnis des professionellen Auftrags Sozialer Arbeit» hat die SA laut Merten (2001, S. 96) kein politisches Mandat. Es müssten zunächst unter anderem die Fragen beantwortet werden, wer dieses Mandat erteilt habe und wie dieses inhaltlich aussähe. Von *dem* politischen Mandat zu sprechen, wäre laut Merten «undemokratisch», durch eine «fehlende Lebensweltorientierung» gekennzeichnet, weil sie dem Pluralismus lebensweltlicher Orientierungen und Entscheidungen nicht gerecht werden könne, und eine «paternalistische Bevormundung» (2001, S. 96). Gemäss Rieger (2013, S. 54) ist Mertens Schluss, wonach die politische Funktion SA anderen Professionen (Ärzt*innen, Lehrer*innen, Rechtsanwält*innen) gleichgestellt ist, «unterkomplex». Nach ihm (2013, S. 54–67) hat SA aufgrund ihrer Professionalisierung, also ihrer Etablierung als normale Profession und Disziplin, auch einen politischen Auftrag und macht Politik in den folgenden Bereichen:

- Sie setzt politische Entscheidungen um, indem sie allgemeine (sozial-)politische Vorgaben in Form von Gesetzen und Programmen für die individuelle Hilfe in komplexen Problemlagen anpasst und anwendet (*Politikimplementationsfunktion*) (Mikroebene).
- Sie vertritt advokatorisch die Interessen ihrer Klientel und verfolgt berufs- sowie verbandspolitische Eigeninteressen (*Interessenvertretungsfunktion*) (*Advocacy, Soziallobbying*). Soziallobbying meint jeden Versuch der Einflussnahme auf politische

Entscheidungsträger*innen auf unterschiedlichsten Politikebenen, um eigene wie advokatorisch vertretene Interessen einzubringen und durchzusetzen. Monitoring, politische Netzwerk- und Öffentlichkeitsarbeit sind wesentliche Elemente eines systematischen Lobbyings (2013, S. 66) (Mikro- und Makroebene).

- Sie berät Politik, indem sie diese (wissenschaftlich abgesichert) hinsichtlich Entstehungs- und Reproduktionsbedingungen sozialer Probleme sowie möglicher Interventionsansätze aufklärt (*Politikberatungsfunktion*) (Makroebene).
- Sie aktiviert zu politischem Handeln (Ermächtigungsfunktion, politische Bildung) (Empowerment) (Mikroebene).

Wie in Kapitel 2.3.1 ausgeführt, sind die Rahmenbedingungen der SA politisch konstituiert. Der seit Ende der 1990er Jahren vollzogene Paradigmenwechsel zu einer «aktivierenden» Sozialpolitik, ein neues Subsidiaritätsverständnis und die Einführung von New Public Management (Hablützel, 2012; Krummenacher, 2019b) haben die Rolle der Verbände⁸ als Leistungserbringende respektive Mitgestaltende des Sozialstaats, als Partner*innen des Staats sowie ihre traditionell anwaltschaftliche Tätigkeit verändert (Dietz, 2013, S. 111–114). Dietz (2013, S. 115) spricht von einer «gezielt herbeigeführten sozialpolitischen Entwertung der Verbände»: Indem diese zu Wettbewerbenden um kurzfristige Finanzierungen gemacht würden, würden sie politisch gegeneinander ausgespielt und müssten folglich ihre Ressourcen in besagten Wettbewerb investieren, statt die Politik öffentlich kritisieren zu können und für bessere Rahmenbedingungen der Finanzierung sozialer Leistungen zu kämpfen; er bezeichnet sie daher als «zahnlose Tiger» (2013, S. 115).

2.3.2 Zentrale sozialarbeiterische Theorien

Der (sozial-)politische Anspruch von SA lässt sich durch zentrale sozialarbeiterische Theorien, unter anderem durch die beiden Handlungstheorien nach Staub-Bernasconi (2018) oder die Lebensweltorientierung nach Thiersch (2014), begründen und ableiten (Benz & Rieger, 2015, S. 39; Rieger, 2013, S. 54–59). Aus der soziologischen Systemtheorie nach Luhmann ist die Wohlfahrtsstaatlichkeit eine Reaktion auf spezifische Exklusionsrisiken moderner, funktional differenzierter Gesellschaften. Grundsätzlich steht den Gesellschaftsmitgliedern die Teilnahme an allen gesellschaftlichen Funktionssystemen (Wirtschaft, Bildung, Recht usw.) offen, dies setzt aber eine gewisse Anpassungsleistung voraus, die wiederum Exklusionsrisiken zur Folge haben können. Der heutige Wohlfahrtsstaat gilt als Lösungsversuch für Inklusionsprobleme und stellt dabei Ressourcen, etwa Versicherungsleistungen oder Kündigungsschutz, bereit. SA dient der Inklusionsvermittlung, Exklusionsvermeidung und -verwaltung, sie organisiert Hilfe, um die Re-Inklusion in unterschiedliche gesellschaftliche Funktionssysteme zu

⁸ Verbände werden in der vorliegenden Masterthesis synonym mit Organisationen des Sozial- und Gesundheitswesens verwendet, die in vielen Fällen als Verein organisiert sind.

ermöglichen. So verstanden, ist das politische Handeln der SA eine Form der «unspezifischen Hilfe». Exklusionstendenzen manifestieren sich auch mit Blick auf das politische System, dann, wenn Interessen der potenziell exkludierten Personen nicht oder unangemessen berücksichtigt werden. Gleichzeitig geht es darum, Klient*innen dazu zu befähigen, ihre Interessen zu vertreten und durchzusetzen. Politisches Handeln ist für die SA folglich systemimmanent (Rieger, 2013, S. 54–59).

2.3.3 Instrumente und Kompetenzen zur politischen Beziehungspflege

Wie in Kapitel 2.3.1 dargelegt, agiert SA in einem engen Beziehungsgeflecht mit der Politik. Es stellt sich folglich die Frage nach der Gestaltung dieses Geflechts, nach der systematischen Bearbeitung, geeigneten Methoden und Instrumenten des Managements sowie der Einflussnahme auf ebendiese politischen Prozesse. Wie in Kapitel 2.2 ausgeführt, werden, wenn es um die gezielte Beeinflussung der Politik geht, direkte, informelle und häufig nicht-öffentliche Instrumente des Lobbyings eingesetzt. Nach Schmidt und Hustedt (2013, S. 131) ist Lobbyarbeit zwischen Interessengruppen, Verbänden, Unternehmen einerseits und den politischen Akteuren andererseits ein «komplexer Prozess der Kommunikation». Die beiden Autoren bezeichnen es als das Recht und die Pflicht von Fachverbänden, ihre Anliegen deutlich zu machen, dies umso mehr, wenn diese Verbände nicht im eigenen Profitinteresse agieren, sondern als Anwälte derer handeln, die ihre berechtigten Interessen gar nicht anders zur Geltung bringen können (A. Schmidt & Hustedt, 2013, S. 132). Das A und O effizienter Lobbyarbeit ist die Klarheit der Ziele: Wer sich im politischen Raum einmischt und dort etwas bewegen möchte, muss sehr genau wissen, was er oder sie will (A. Schmidt & Hustedt, 2013, S. 133). Es bedarf daher Kenntnisse klassischer Instrumente (Lobbyarbeit, Gremienarbeit, Expertisen, Stellungnahmen und Pressearbeit) sowie von Netzwerkarbeit, Kampagnen, Musterklagen, Sozialmonitoring und -planung sowie einer durchdachten Strategie, auf welche Weise welches Ziel zu erreichen ist (Dietz, 2013, S. 122–123). Nach Dietz (2013, S. 122) ist der Professionalisierungstrend der SA am Arbeitsfeld «Sozialanwaltschaft» vorübergegangen, und in der Ausbildung (auch Bachelor- und Masterstudiengängen) der SA lernt man wenig zu den Methoden der Lobbyarbeit und Strategien der Einflussnahme auf politische Entscheidungsprozesse.

2.3.4 Herausforderungen und Ausblick

Indem die SA in die praktische Politik eintritt, ist sie stärker in reale Machtfragen und Interessenkonflikte involviert, die auf unterschiedlichen politischen Ebenen und in unterschiedlichen Handlungsfeldern ausgetragen werden (Benz, Rieger, Schöning & Többe-Schukalla, 2014a, S. 8). Nach Benz et al. (2014b, S. 8) muss SA Politik möglichst effektiv umsetzen und darf dabei ihre Kritikfähigkeit nicht verlieren; sie legitimiert ihr politisches Handeln als anwaltschaftliche Interessenvertretung, verfolgt jedoch aber eigene fach- und berufspolitische Ziele. Laut Gillich

(2013, S. 21) wird Parteilichkeit zum zwingenden Handeln, wo Entwicklungsmöglichkeiten und Handlungsspielräume von Menschen eingeschränkt werden, SA muss hier theoretisch fundiert und praktisch kompetent Stellung beziehen. SA hat eine Funktion als Mittlerin zwischen den Welten, sie ist tätig im öffentlichen Auftrag und steht im Spannungsfeld zwischen den Bedürfnissen der hilfebedürftigen Menschen und gesellschaftlichen Ansprüchen. Es besteht damit eine Notwendigkeit, beide Sprachen zu sprechen: jene der Klient*innen und jene von Politik und Verwaltung (Übersetzungs- und Vermittlungsdienste) (Gillich, 2013, S. 18–19). Verbände sollten sich auf ihre Stärken besinnen, die sie mit Blick auf das Lobbying geltend machen können - die Klient*innennähe, gute regionale Vernetzung mit Politik, Verwaltung und Zivilgesellschaft, Fachwissen und Kenntnis der sozialen Lage vor Ort und Vertrauensvorschuss in der Öffentlichkeit. Die Ressourcenknappheit sollte die Bereitschaft zu neuen strategischen Partnerschaften in der Lobbyarbeit, etwa mit Gewerkschaften, Selbsthilfeorganisationen oder Unternehmen, erhöhen. Verbände sollten zudem verstärkt bereit sein, auch über neue kostengünstige Instrumente nachzudenken, beispielsweise Kunstprojekte, oder über den Aufbau politischen Drucks, beispielsweise in Form von Begegnungen zwischen Klient*innen und Politiker*innen. Wichtig ist nach wie vor das persönliche und informelle Gespräch (Dietz, 2013, S. 124).

THEMATISCHER SCHWERPUNKT 2

2.4 Gesundheitsdeterminantenmodell von Dahlgren und Whitehead

Das in Kapitel 1.1 erwähnte Konzept der Gesundheitskompetenz wird nachfolgend summarisch vorgestellt, um anschliessend den Bogen über die Gesundheitsförderung und die Einflussfaktoren auf die Gesundheit und das Gesundheitsdeterminantenmodell von Dahlgren und Whitehead zu schliessen. Gesundheitskompetenz ermöglicht es Menschen, aktiv und selbstbestimmt Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen (Lenartz et al., 2016, S. 275). Im Zentrum stehen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnisse, die Menschen benötigen, um ihr Leben so zu gestalten, dass ein hohes Mass an körperlichem und psychischem Wohlbefinden erreicht werden kann (Nutbeam, 1998; Rödinger & Stutz Steiger, 2009; Soellner et al., 2010, zit. in. Lenartz et al., 2016, S. 276). Gesundheitskompetenz ist ein Element von Gesundheitsförderung, wie sie die «Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung» von 1986 vorsieht (World Health Organization, 2022). Gesundheitsförderung zielt gemäss der WHO-Charta auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Damit wird die Mikroebene angesprochen. Obwohl Gesundheitskompetenz die individuellen Kompetenzen Einzelner in den Fokus rückt, kommt den gesellschaftlichen Bedingungen für ein

gesundheitskompetentes Handeln eine zentrale Bedeutung zu (Lenartz et al., 2016, S. 276). So benennt die Ottawa-Charta (auf der Makroebene) unter anderem Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System und soziale Gerechtigkeit sowie Chancengleichheit als grundlegende Bedingungen von Gesundheit. Sie weist ebenfalls auf die enge Bindung zwischen Mensch und Umwelt hin, die die Grundlage für einen sozial-ökologischen Weg zur Gesundheit bildet (World Health Organization, 2022). Dazu die aktuelle Definition der WHO zu Gesundheitsdeterminanten (World Health Organization, 2017):

Many factors combine together to affect the health of individuals and communities. Whether people are healthy or not, is determined by their circumstances and environment. To a large extent, factors such as where we live, the state of our environment, genetics, our income and education level, and our relationships with friends and family all have considerable impacts on health, whereas the more commonly considered factors such as access and use of health care services often have less of an impact.

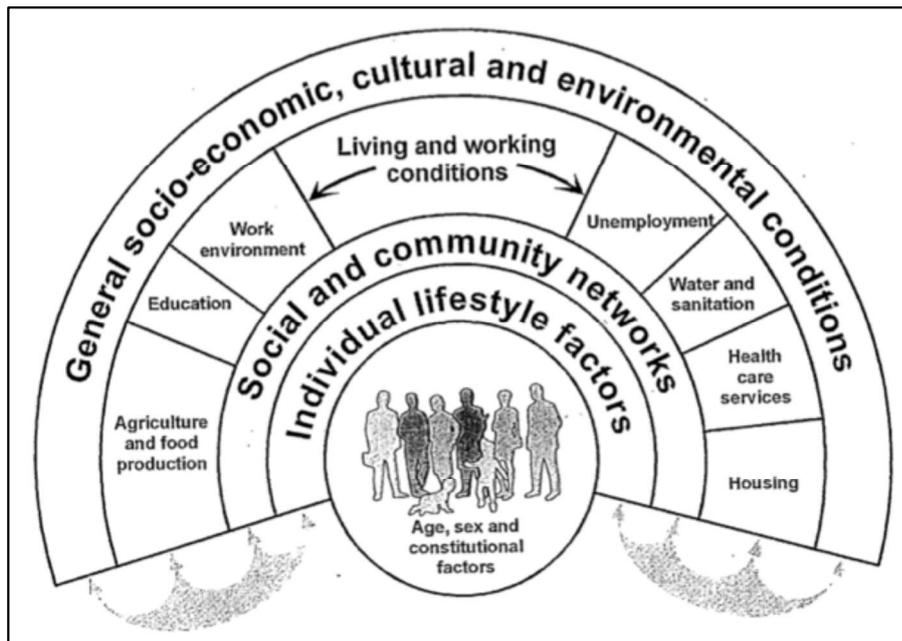
Das Gesundheitsdeterminantenmodell (vgl. Abbildung 5) wurde 1991 von Göran Dahlgren und Margaret Whitehead (1991, S. 5ff) für die WHO entwickelt, um aufzuzeigen, welche Faktoren⁹ einen Einfluss auf die Gesundheit haben respektive wie sie sich auf gesundheitliche Chancengleichheit auswirken. Dazu Dahlgren und Whitehead: *“To understand the importance of making equity in health a priority it is necessary to grasp the magnitude of the health divide as experienced by different socio-economic and occupational groups and how these inequities have changed during the last decades.”* (1991, S. 5). Das Modell bildet die diversen Schichten der hauptsächlichsten Einflussfaktoren auf die Gesundheit ab und sollte nach den beiden Autor*innen als ineinandergreifendes und verflochtenes System betrachtet werden, um Gesundheit zu verbessern und gesundheitliche Risiken zu minimieren. Es hat Eingang in nationale Strategien gefunden, so zum Beispiel in die Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) (Bundesamt für Gesundheit BAG, 2016, S. 19). Bezugnehmend auf Cancer Survivors kann mit Blick auf das Modell schlussgefolgert werden, dass die Frage, ob jemand nach einer behandelten Krebserkrankung tatsächlich als «gesund» gilt, lediglich aus einer biologischen und damit enggeführte(re)n Perspektive bejaht wird. Die sozialen und psychischen Folgen einer (behandelten) Krebserkrankung indes implizieren, dass durch die gängige und dominante gesellschaftliche Vorstellung von Gesundheit und Krankheit keine ganzheitliche Perspektive eingenommen wird und diese Vorstellung kritisch hinterfragt werden kann¹⁰.

⁹ Etwa der sozioökonomische Status oder die Arbeits- und Lebensbedingungen.

¹⁰ Es soll an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass die Folgeerscheinungen der Erkrankung und Behandlung sich auch noch Jahre nach abgeschlossener Therapie in körperlichen Problemen äussern können, so

Abbildung 5

The main determinants of health (Dahlgren & Whitehead, 1991, S. 11)



2.5 Integrierte Versorgung

2.5.1 Blick zurück und Stand heute

Die Ursprünge der Integrierten Versorgung in der Schweiz gehen zurück auf die Entwicklung in den 1990-er Jahren im Bereich der ambulanten Versorgung und dem Zusammenschluss von Ärzt*innen zu sogenannten Ärzt*innennetzwerken. Traditionell fungierten hier vor allem Hausärzt*innen als «Gatekeeper», wobei die Patient*innen bei einem medizinischen Bedarf das Gesundheitswesen durch ein «Gate» (Tor) betreten, bei fachärztlichen oder stationären Behandlungen an die Spezialist*innen überwiesen werden und dabei eine Prämienreduktion erhalten (Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, 2019, S. 7). Die Bedeutungszunahme von Vernetzung und Kooperation liegt unter anderem in der Entwicklung und der zunehmenden Spezialisierung der Medizin begründet, da sich das Mehr an Spezialisierung auf mehr Fachpersonen und Institutionen ver- und die Behandlung der Patient*innen in mehrere Abschnitte zerteilt sowie damit die interprofessionelle Zusammenarbeit notwendiger und anspruchsvoller werden lässt (Glouberman & Mintzberg, 2001). Waren in den 1980-er Jahren bis zu fünf Fachpersonen an der Behandlung einer Spitalpatientin, eines Spitalpatienten beteiligt, sind es heute zehnmal mehr (Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, 2019, S. 5). Diese Fragmentierung kann zusätzlich durch regulative und finanzielle Fehlansätze verstärkt werden, so zum Beispiel durch die unterschiedlichen ambulanten und stationären Vergütungssysteme (Klauber, Geraedts, Friedrich & Wasem, 2014).

zum Beispiel in Herzinsuffizienz oder weiteren respektive Zweittumoren (Heusser, Baumann & Nosedá, 2017, S. 592; Stoll, Schneider, Riche & Thoma, 2016, S. 14).

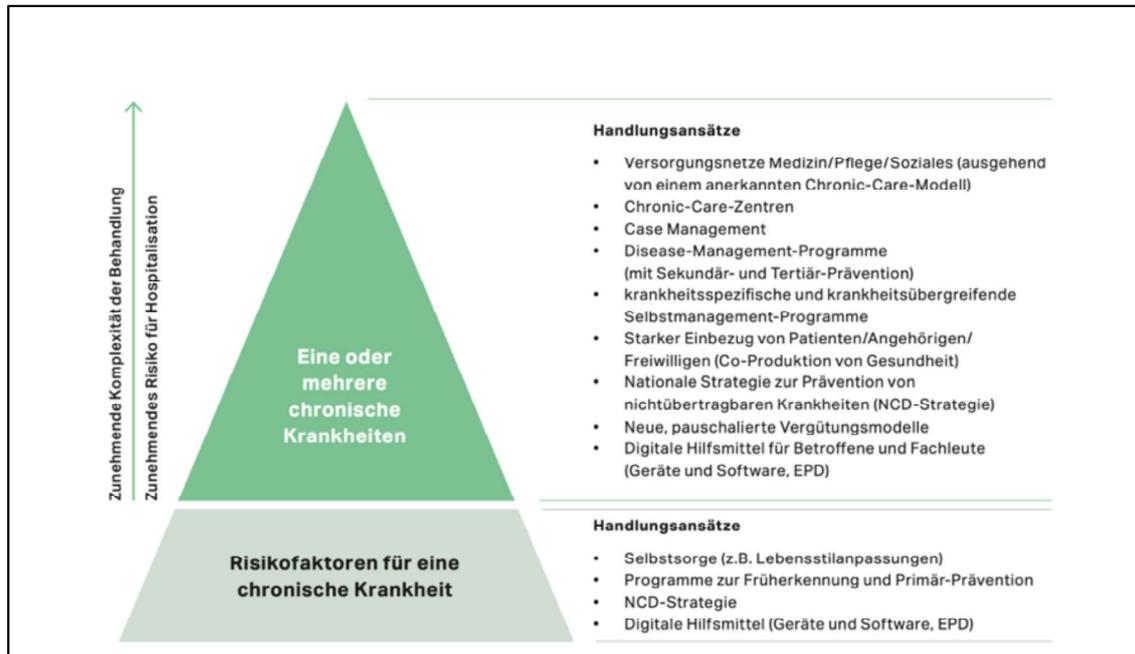
Ging es ursprünglich primär um Effizienz und Wirtschaftlichkeit, verschiebt sich der Fokus seit einigen Jahren vermehrt auf die Behandlung und deren Qualität von *chronischen Krankheiten*: Bei diesen Patient*innen sind über einen längeren Zeitraum verschiedene Fachpersonen und Institutionen involviert und daher spielen *Koordination* und *Vernetzung* in diesem Kontext eine relevante Rolle (Strandberg-Larsen & Krasnik, 2009). Zudem nimmt die *Komplexität* laufend zu, zumal viele chronisch erkrankte Patient*innen neben medizinisch-pflegerischen Leistungen zusätzlich soziale Unterstützung benötigen, weshalb gemäss der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK die Notwendigkeit steigt, die einzelnen Behandlungsschritte besser aufeinander abzustimmen (2019, S. 5).

Gesundheitsversorgung ist in der Schweiz grundsätzlich Sache der Kantone und der kantonalen Gesundheitspolitik. Daher ist es zentral, Ansätze der integrierten Versorgung in erster Linie beim Kanton (und den Versorgungspartner*innen) zu verankern (erstes Handlungsfeld gemäss dem Leitfaden «Impulse für die Integrierte Versorgung in den Kantonen» der GDK) (2019, S. 14). Die GDK konzentriert sich überdies auf zwei Praxisfelder, u.a. auf jenes der *Verbesserung der Behandlung und Betreuung von chronisch und mehrfach kranken Menschen*, weil hier der Handlungsbedarf ausgewiesen ist (Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, 2019, S. 14): Diese Menschen benötigen neben medizinisch-pflegerischen Leistungen auch oft psychosoziale oder finanzielle Unterstützung, weshalb die Komplexität und auch die Koordination der involvierten Akteur*innen zunimmt (Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, 2019, S. 16).

Abbildung 6 zeigt im oberen Teil der Pyramide die Handlungsansätze bei ein- oder mehrfach chronisch Erkrankten, bei welchen die Komplexität der Behandlung zunimmt. Explizit erwähnt werden u.a. Versorgungsnetze zwischen den Disziplinen Medizin/Pflege/Soziales (ausgehend von einem anerkannten Chronic-Care-Modell CCM), was auf die Wichtigkeit von Interprofessionalität hin- und auch der SA eine wichtige Rolle zuweist, sogenannte Chronic-Care-Zentren, wozu die KLB gezählt werden kann, und neue pauschalisierte Vergütungsmodelle (Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, 2019, S. 17). Bei der bereits erwähnten Verankerung der Integrierten Versorgung beim Kanton bestehen gemäss GDK in regulatorischer und finanzieller Hinsicht Möglichkeiten zum Abschliessen von Leistungsverträgen mit geeigneten Organisationen (2019, S. 21ff).

Abbildung 6

Handlungsansätze für die Behandlung und Betreuung von chronisch und mehrfach kranken Menschen (Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, 2019, S. 17)

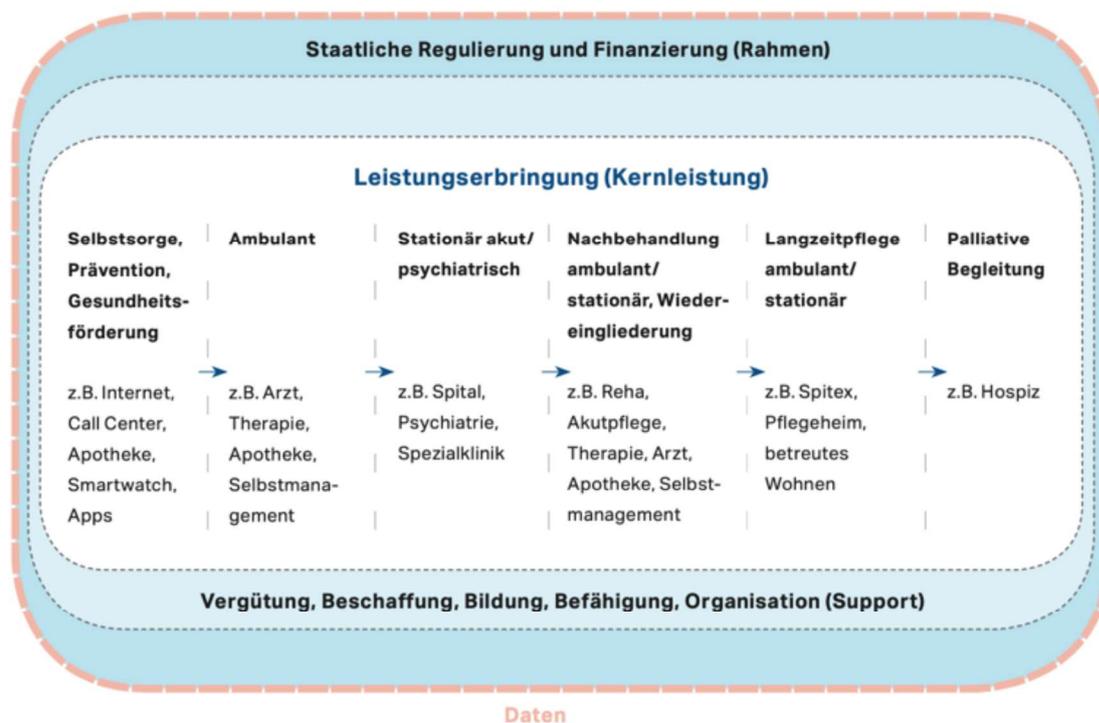
**2.5.2 Definition und Modelle**

Es existiert keine allgemein akzeptierte Definition von Integrierter Versorgung (Berchtold & Kaspar, 2015, S. 137; Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, 2019, S. 6). In der Regel sind «integrierte», «koordinierte» und «vernetzte» Versorgung gleichbedeutend (Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, 2019, S. 6). Nach Shaw, Rosen und Rumbold (2011) ist Integrierte Versorgung *“a term that reflects a concern to improve patient experience and achieve greater efficiency and value from health delivery systems. The aim is to address fragmentation in patient services, and enable better coordinated and more continuous care, frequently for an ageing population which has increasing incidence of chronic disease”*. Integrierte Versorgung als «Gesamtpaket» beinhaltet eine ganze Reihe von Dimensionen und Elementen, die miteinander in Beziehung stehen (vgl. Abbildung 7), so zum Beispiel Perspektiven von verschiedenen Akteur*innen oder regulative und finanzielle Rahmenbedingungen (Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, 2019, S. 7). Im Zentrum des Modells stehen der Nutzen für die Patient*innen und die Bevölkerung sowie die Verbesserung der Effektivität und Effizienz der Versorgung («Triple Aim Konzept») (Berwick, Nolan, & Whittington, 2008; Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, 2019, S. 6). Von innen nach aussen gelesen, steht die Leistungserbringung an der Patientin, dem Patienten, verbindlich koordiniert durch Institutionen und Fachpersonen, als Kernleistung im Zentrum; sie erstreckt sich entlang des gesamten Behandlungspfads, aber ebenfalls innerhalb eines Sektors (etwa im Bereich der

ambulanten Versorgung), von Leistungen der Prävention oder Gesundheitsförderung, über ambulante, stationäre oder nachsorgeterische Leistungen bis zu solchen der Langzeitpflege respektive Palliative Care. Den Rahmen bilden unter anderem integrierte Finanzierungs- und Vergütungsmodelle und staatliche Regulationen oder Massnahmen der Befähigung (Empowerment) gegenüber den Patient*innen.

Abbildung 7

Übersicht Integrierte Versorgung (Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, 2019, S. 6; fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung, 2020, S. 9)



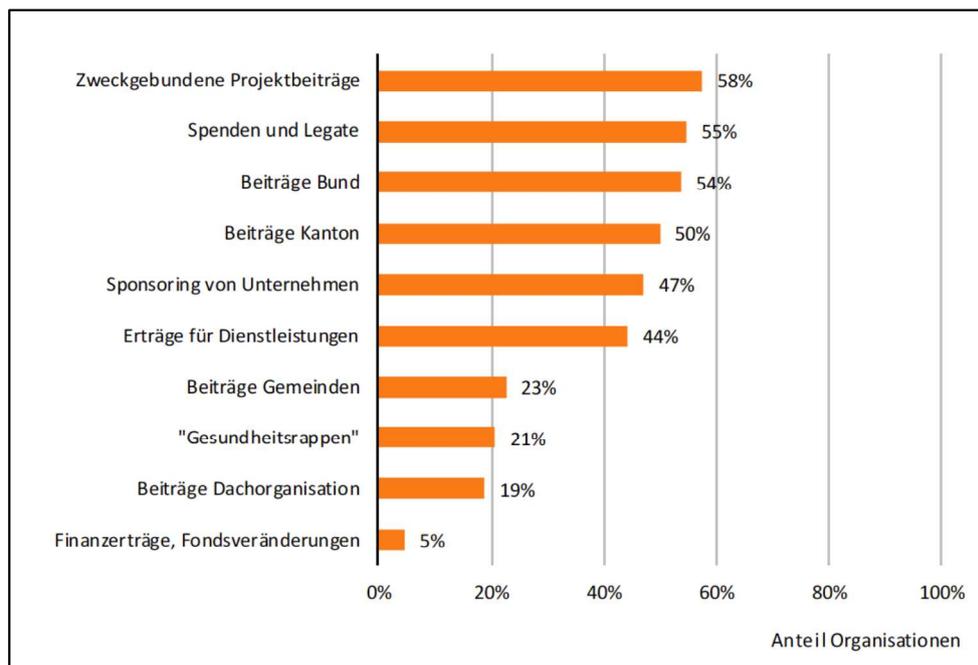
2.5.3 Exkurs «Finanzierung von Gesundheitsligen»

Die Finanzierung von NPO, zu denen die Gesundheitsligen (so auch die KLB) zählen, erfolgt in der Regel über private sowie öffentliche Beiträge (Mitgliederbeiträge, Leistungsverträge) oder private Zuschüsse (Geldspenden) (Gitz & Zurkinden, 2012, S. 22). Der Wandel des politischen Umfelds von NPOs zeigt sich auch und insbesondere daran, dass es für die Organisationen immer schwieriger wird, öffentliche Unterstützung in Form von Fördermitteln zu bekommen, und es gibt nach Hallmann und Zimmer (2016, S. 3) keine «besonderen Beziehungen» mehr zwischen Staat und NPOs, die Dienstleistungen im wohlfahrtsstaatlichen Auftrag erfüllen. Gerade der Spendenmarkt jedoch ist je länger je mehr durch eine wachsende Konkurrenz und einen daraus entstehenden Wettbewerb durch die verschiedenen NPOs geprägt (Hallmann & Zimmer, 2016, S. 3; Kruppenacher, 2019b, S. 269–270), sodass alle NPOs

künftig in Marketing und Fundraising¹¹ investieren müssen, wenn sie ihren Anteil am Spendenaufkommen behalten wollen (Krummenacher, 2019b, S. 269–270). Das Thema Fundraising wird in der vorliegenden Thesis nicht weiter vertieft. Die Gesundheitsligen werden in Zukunft mit einigen Herausforderungen konfrontiert sein. So kommen Vettori, Trageser und von Stokar (2015, S. 62) in einer durch die Schweizerische Gesundheitsligen-Konferenz GELIKO in Auftrag gegebenen Studie zum Schluss, dass der Leistungsumfang und das Leistungsspektrum im Wesentlichen durch die verfügbaren Mittel bestimmt werden. So gestaltete sich die Finanzierung bereits in der Vergangenheit als schwierig, gleichzeitig stieg der Bedarf an durch die Ligen erbrachten Leistungen. In einer Online-Befragung von 106 GELIKO-Mitgliedern und ihren regionalen und/oder kantonalen Mitgliederorganisationen zur Frage, welche Finanzierungsquellen in Zukunft stärker ausgebaut werden sollten, antworteten 54 Prozent mit «Beiträge Bund» sowie 50 Prozent mit «Beiträge Kanton» (vgl. Abbildung 8; Mehrfachnennungen möglich).

Abbildung 8

Ausbau Finanzierungsquellen (Vettori et al., 2015, S. 62)



Einzelne Ligen äusserten sich indes zurückhaltend mit Blick auf mehr Mittel der öffentlichen Hand und die Vermutung, die Abhängigkeit würde erhöht und der Spielraum eingeschränkt. Die in dieser Studie befragten Stakeholder der Gesundheitsligen kommen zum Schluss, dass

¹¹ Unter Fundraising kann die professionelle Beschaffung von Ressourcen für die Arbeit einer Non-Profit-Organisation verstanden werden. Das können finanzielle Mittel in Form von Geldspenden sein, mit denen die Organisation Mitarbeitende, Material und Dienstleistungen bezahlt. Oft handelt es sich bei den Spenden auch um direkte Leistungen, etwa ehrenamtliche Arbeit und Sachspenden (<https://stiftungschweiz.ch/blog/fundraising-in-der-schweiz-das-sollten-sie-wissen/>). Beim institutionellen Fundraising stehen, anders als beim Public Fundraising, nicht Privatpersonen, sondern Stiftungen, Unternehmen oder die öffentliche Hand im Fokus (<https://fundraising-company.ch/institutionelles-fundraising/>).

die Gesundheitsligen unter anderem vermehrtes politisches Lobbying betreiben und weiterhin die Schnittstelle zwischen den Betroffenen/Angehörigen und dem Gesundheitssystem bilden sollten (Advocacy), eine stärkere koordinative Rolle einnehmen und beispielweise eine koordinierte Anlauf- und Beratungsstelle für multimorbide Patient*innen anbieten könnten sowie eine offiziellere Rolle in der Leistungserbringung spielen, dort, wo sich Versorgungslücken auftun (Vettori et al., 2015, S. 67).

2.5.4 Künftige Herausforderungen und Entwicklungen

In den kommenden Jahren dürften folgende Punkte für die Entwicklungen im Bereich der Integrierten Versorgung von Interesse sein (keine abschliessende Aufzählung):

- Die Umsetzung und die Erfahrungen mit dem sogenannten Experimentierartikel KVG, mit dem innovative und kostendämpfende Projekte ausserhalb des «normalen» Rahmens des KVG ermöglicht werden sollen.
- Die Vernetzung von Akteur*innen des Gesundheits- und Sozialwesens dürfte aufgrund multiperspektivischer Problemlagen der Betroffenen an Relevanz zunehmen. Dazu hat beispielsweise das fmc-Symposium 2021¹² die Bedeutung der interprofessionellen und interinstitutionellen Zusammenarbeit für eine bessere Versorgung bei gesundheitlichen, psychischen und sozialen Beeinträchtigungen aufgezeigt. Interessant sind in diesem Zusammenhang die Modelle guter Praxis (Interprofessionalität)¹³ respektive die Praxisbeispiele der Integrierten Versorgung¹⁴.
- Im Rahmen des Projekts REAS der Fachhochschule Nordwestschweiz im Auftrag der Schweizerischen Gesundheitsligen-Konferenz GELIKO wird unter anderem der Frage nachgegangen, inwiefern Gesundheitsligen als definierte Anlaufstellen für chronisch und multimorbid Kranke Unterstützung bei komplexen gesundheitlichen und sozialen Einschränkungen leisten könnten (Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW – Hochschule für Soziale Arbeit (HSA), 2020).
- Eine stärkere Interprofessionalität, Interdisziplinarität und organisationale Zusammenarbeit könnten längerfristig indes auch zur Frage führen, inwiefern es die Organisationen in ihrer heutigen Form noch braucht oder ob es nicht viel mehr, aus einer integrierten Sicht, geeignet sein könnte, Kompetenzzentren zu entwickeln, die als generelle Anlaufstelle für chronisch kranke Betroffene fungieren.

¹² <https://www.fmc.ch/de/symposium-rueckblicke/symposium-1>

¹³ <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/foerderprogramme-der-fachkraeffteinitiative-plus/foerderprogramme-interprofessionalitaet/projektverzeichnis-modelle-guter-praxis.html>

¹⁴ <https://www.gdk-cds.ch/de/gesundheitsversorgung/integrierte-versorgung/praxisbeispiele>

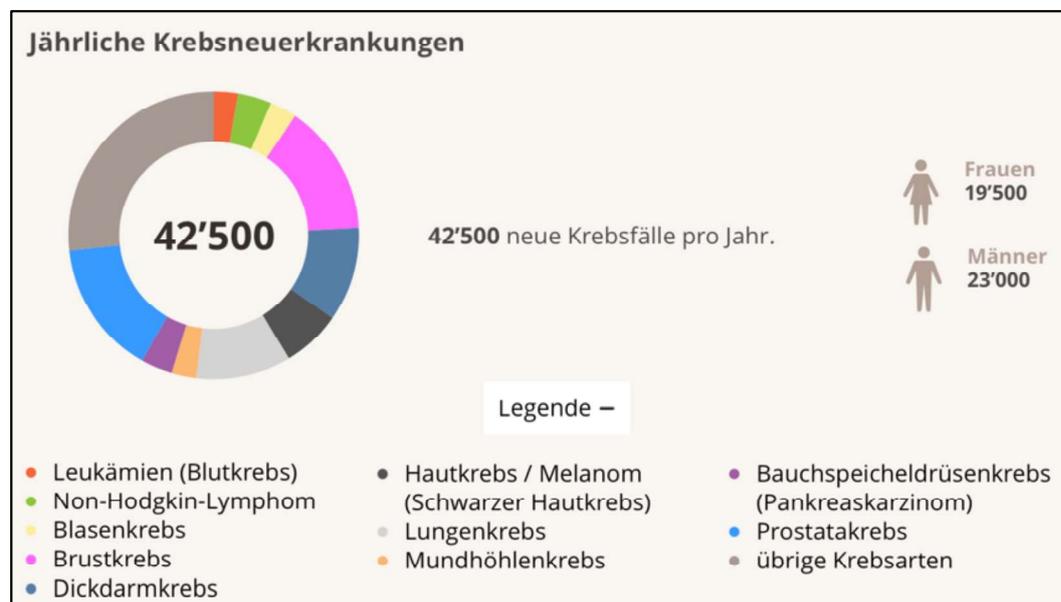
THEMATISCHER SCHWERPUNKT 3

2.6 Krebs und Cancer Survivors in der Schweiz

Heute erkranken in der Schweiz jährlich über 42'000 Menschen an Krebs (Abbildung 9) (Krebsliga Schweiz, 2020). 27.5 Prozent aller Krebserkrankungen bei Männern betreffen die Prostata, bei Frauen ist es Brustkrebs (31.7 Prozent) (Krebsliga Schweiz, 2020). Auch Kinder können an Krebs erkranken: So sind schweizweit pro Jahr rund 250 Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren von der Krankheit betroffen. Die häufigste Krebsart bei Kindern ist Leukämie (33 Prozent) (Krebsliga Schweiz, n.d.a).

Abbildung 9

Jährliche Krebsneuerkrankungen (Krebsliga Schweiz, 2020)



2.6.1 Ursprünge, Definition und Phasen

Im angelsächsischen Raum werden Menschen, die mit einer Krebsdiagnose leben, unter dem Begriff «Cancer Survivors» zusammengefasst respektive hat sich der Begriff «Cancer Survivorship» etabliert (Arndt, 2019, S. 158; Stoll, Schneider, Richle, & Thoma, 2016, S. 13). Es existiert bis heute kein passender deutschsprachiger Begriff, der die gesundheitliche Situation und Herausforderungen von Patient*innen mit beziehungsweise nach einer Krebserkrankung adäquat abbildet (Arndt, 2019, S. 158). Der Begriff «Survivorship» tauchte in der medizinischen Fachliteratur erstmals in den 1960-er Jahren auf, jedoch erst in den 1980-er Jahren im Zusammenhang mit Krebserkrankungen (Doyle, 2008). Als Krebs als unheilbare Erkrankung galt, wurde der Begriff Familienmitgliedern zugesprochen, die den Verlust eines nahen, an Krebs erkrankten, Angehörigen «überlebten» (Hoffman, 1998). Später galt er direkt den Krebspatient*innen (Arndt, 2019, S. 160).

Der Arzt Fitzhugh Mullan erkrankte 1975 an Krebs. In seinem im *The New England Journal of Medicine* veröffentlichten Essay "Seasons of Survival: Reflections of a Physician with Cancer" begründete Mullan (1985, S. 271–272) drei Überlebensphasen nach Krebs. Diese Phasen bilden einen Gegenentwurf zur Dichotomie «geheilt – nicht geheilt» (Arndt, 2019, S. 160; National Research Council, 2006, S. 28), wie sie sich auch im Medikalisierungsdiskurs abbildet:

- Die akute Überlebensphase («*acute survival*») als Zeitraum nach der Diagnose und während der Primärtherapie.
- Das erweiterte Überleben («*extended survival*») als die schwierige Zeit, in der sich Patient*innen nach Abschluss der Behandlung auf den Umgang mit den physischen und psychischen Folgen konzentrieren.
- Die Phase des dauerhaften Überlebens («*permanent survival*») als Zeitraum, in dem Patient*innen entweder geheilt sind, den Krebs als chronische Erkrankung erfahren oder aufgrund fortlaufenden Behandlung in Remission (= das Nachlassen chronischer Krankheitszeichen; eine Remission ist aber nicht zwingend mit Heilung gleichzusetzen¹⁵) sind.

Die Phasen bilden überdies die Grundlage der Definition von Cancer Survivors durch die *American Society of Clinical Oncology*: "A person who has had cancer is commonly called a cancer survivor." (2010). 1986 gründeten Mullan und eine Gruppe von Krebsüberlebenden und Onkolog*innen die National Coalition for Cancer Survivorship (NCCS), die sich einsetzt für "quality cancer care for all people touched by cancer" (2021). In Übereinstimmung mit Mullans «Survivorship»-Konzept bezeichnet die NCCS alle Krebspatient*innen vom Zeitpunkt der Diagnose bis zum Lebensende als «cancer survivor», dies unabhängig von Prognose, Krankheitsverlauf und -status (Arndt, 2019, S. 161). Mullan verstarb 2019 an Krebs. *The New York Times* beschrieb Mullan als "physician, administrator and professor who spent a lifetime pushing back against what he saw as inequities in the health care system that left minority groups and low-income people underserved" (Website The New York Times, 2019¹⁶). Die World Health Organization (WHO) definiert Cancer Survivors anhand der nachfolgenden Kriterien (Arndt, 2019, S. 161; World Health Organization, 2008):

- Erholung von allen Anzeichen einer Krankheit,
- Erreichen eines Stadiums von minimalem oder keinem Risiko eines erneuten Auftretens oder eines Rückfalls und
- Wiederherstellung der funktionellen Gesundheit (körperlich, entwicklungspsychologisch und psychosozial).

¹⁵ <https://www.krebshilfe.de/informieren/ueber-krebs/lexikon/r/>

¹⁶ <https://www.nytimes.com/2019/12/10/health/fitzhugh-mullan-foe-of-health-care-disparities-dies-at-77.html>

Nach Arndt (2019, S. 161) spiegelt diese Definition aber einen idealtypischen Zielzustand wider und nicht die üblicherweise nach einer Krebserkrankung anzutreffenden Einschränkungen, denn: Insgesamt haben Survivors grössere Bedürfnisse (vgl. Kapitel 2.6.2) nach gesundheitlicher Versorgung und auch ein erhöhtes Risiko für weitere Tumoren als die allgemeine Bevölkerung. Deshalb wird der Bedarf an zusätzlichem spezialisiertem Gesundheitspersonal zunehmen (Stoll et al., 2016, S. 13).

2.6.2 Bedürfnisse und Behandlung

Nach Mullan sollte die Gruppe der Cancer Survivors nicht als homogen angesehen werden, und es sind eine differenzierte Betrachtung und massgeschneiderte Betreuungskonzepte notwendig (Arndt, 2019, S. 163; Mullan, 1985). Hauptherausforderung ist laut KLS (2021) der Umgang mit Langzeitnebenwirkungen und Spätfolgen von Krankheit und Therapie, zumal viele Krebsbetroffene noch Jahre später an psychischen und physischen Folgen und Auswirkungen der Erkrankung leiden. Diese Spätfolgen sind mannigfaltig und äussern sich körperlich (Körperbild, Inkontinenz, Müdigkeit etc.), psychisch (Angst vor Kontrollen, Angst vor Rezidiven etc.) und sozial (Sexualität, Auswirkungen von körperlichen Einschränkungen, wie Konzentrationsschwächen und chronische Müdigkeit, auf die Arbeitsfähigkeit etc.) (Krebsliga Schweiz, n.d.b). Folgeerscheinungen der Erkrankung und Behandlung können die Lebensqualität auch lange Zeit nach Abschluss der Therapie noch beeinträchtigen und alle Lebensbereiche betreffen (Arbeit, Finanzen, das soziale Umfeld) (Heusser, Baumann & Nosedá, 2017, S. 592). Diese Beeinträchtigungen haben gemäss KLS (2021) zudem sozioökonomische Auswirkungen auf die Gesellschaft, da jede fünfte Person, die zum Zeitpunkt der Diagnose erwerbstätig war, fünf Jahre später nicht mehr beschäftigt ist. Cancer Survivors berichten von ungenügenden Hilfestellungen und unbefriedigten Bedürfnissen, so zum Beispiel bezüglich des Zugangs zu Informationsmaterial oder des Aufrechterhaltens des Soziallebens (Heusser et al., 2017, S. 592). Gemäss Fitch (2018, S. 1) erleben sie das Gesundheitssystem als *“uncoordinated, fragmented, and chaotic”*. Gleichzeitig wird der erfolgreiche Übergang von der Krebstherapie zur Krebsnachsorge als zentral angesehen: *“The transition to posttreatment follow-up care is seen as critical to the long-term health of survivors* (National Research Council, 2006)”. Die Begleitung und Betreuung von Cancer Survivors setzt damit eine ganzheitliche, koordinierte und vernetzte Betrachtungsweise voraus, um ihren Bedürfnissen und Herausforderungen zu entsprechen. Es sind interdisziplinäre Hilfestellungen nötig (Heusser et al., 2017, S. 592). Nach Mehnert und Johansen (2019, S. 166) ist es im Rahmen der Survivorship-Forschung hochrelevant, dass die Wechselwirkungen und gegenseitigen Einflüsse zwischen körperlichen, psychischen und sozialen Krankheitsfolgen betrachtet werden. Entsprechend liegt dieser Forschung ein biopsychosoziales Modell zu Grunde, das diese Faktoren, d.h. zwischen der Erkrankung bzw. den Gesundheitsproblemen und den Kontextfaktoren der Patient*innen, berücksichtigt. Beispiele für letzteres sind Lebens- und Bewältigungsstil,

Bildung oder der sozioökonomische Status, welche die Grundlage für ein umfassendes, personalisiertes und komplexeres Verständnis für die vielfältigen Wechselwirkungen und Komorbiditäten bei langzeitüberlebenden Krebspatient*innen bilden (2019, S. 167). Auch die KLS (2021) weist auf die Wichtigkeit einer ganzheitlichen Herangehensweise der Nachsorge hin, nicht nur auf medizinische Folgeuntersuchungen; sie bietet über die regionalen Krebsligen kostenlose Beratungen zum Thema Cancer Survivorship an¹⁷. So zum Beispiel die Krebsliga Ostschweiz¹⁸. Das Angebot richtet sich – komplementär zur ärztlichen Nachsorge-Sprechstunde – an erwachsene Krebsbetroffene («extended survivorship» und «permanent survivorship» gemäss Definition der American Society of Clinical Oncology (ASCO), 2010) im Einzugsgebiet der Krebsliga Ostschweiz (Kantone Appenzell Ausserrhoden, Appenzell Innerrhoden, Glarus und St. Gallen). Zwischen der Krebsliga und den Netzwerkpartnerorganisationen der Medizin und Pflege besteht eine enge Zusammenarbeit. Ziel des Angebots ist es, die Lebensqualität von Cancer Survivors zu verbessern und auch Dauer sicherzustellen. Patient*innenedukation und Selbstmanagement sind zentrale Bestandteile des Beratungsangebots und tragen dazu bei, Copingstrategien zu stärken (Stoll et al., 2016, S. 13).

Die Hochschule Luzern (HSLU) hat 2019 und 2020 mit einer schriftlichen Befragung von 235 Krebspatient*innen und 48 Angehörigen im Rahmen des Forschungsprojekts «Verbesserung der Lebensqualität von Zentralschweizer Krebspatient*innen und der Versorgungseffizienz» erhoben, wie Zentralschweizer Krebsbetroffene ihre eigene Lebensqualität einschätzen, welche Erfahrungen sie in den verschiedenen Behandlungsphasen machten und wie gut ihr Versorgungsbedürfnisse befriedigt wurden. 20 Prozent der Befragten gaben dabei an, das sie über-, unter- oder fehlversorgt wurden, ein Teil der Befragten vermisste eine ganzheitlichere, stärker auf die individuellen Bedürfnisse ausgerichtete Betreuung (Kessler, 2021). Überdies gaben die Befragten an, dass Informationen zu paramedizinischen oder nicht-medizinischen Bereichen durch die behandelnden Ärzt*innen deutlich weniger vermittelt werden als etwa zur Behandlung, zur Diagnose und zu möglichen Nebenwirkungen, obwohl ein Bedürfnis nach diesen Informationen besteht. Die Befragten gaben weiter an, dass die Übergänge zwischen den Behandlungsphasen und die Kommunikation zwischen den Leistungserbringenden zentral sind: Fehlen der interdisziplinär vernetzte und koordinierte Umgang mit der Krankheit oder der frühzeitige Einbezug der sozialen und beruflichen Lebensumstände, so scheint sich das negativ auf die wahrgenommene Qualität der Behandlung und den Genesungsverlauf auszuwirken. Die Erkenntnisse des Forschungsprojekts sollen genutzt werden, um die Zentralschweizer Krebsversorgung und die Lebensqualität von Krebsbetroffenen und deren Angehörigen zu verbessern (Hochschule Luzern, n.d.).

¹⁷ <https://www.krebsliga.ch/ueber-krebs/leben-mit-und-nach-krebs>

¹⁸ <https://ostschweiz.krebsliga.ch/dienstleistungen/cancer-survivorship>

2.6.3 Cancer Navigation

Ein Weg, Cancer Survivors auf ihrem Weg zu begleiten, kann der Ansatz der «Cancer Navigation» sein. Darunter wird ein proaktiver und zielgerichteter Prozess der Zusammenarbeit mit einer krebserkrankten Person und ihren Angehörigen verstanden, der Orientierung bietet und diese im Krankheitsverlauf durch das komplexe Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten, Leistungsangeboten und Barrieren lotst (Cancer Journey Portfolio, 2012). Ein Navigator ist eine Art Bezugsperson, die die Beteiligten begleitet und dafür sorgt, dass Barrieren identifiziert und Hindernisse aus dem Weg geräumt werden. Darüber hinaus kann ein Navigator einen Rahmen schaffen, damit adäquate Unterstützung durch das Gesundheits- und Sozialwesen geleistet wird, verständliche sowie verlässliche Gesundheitsinformationen vermittelt werden und Krebsbetroffene in partizipative Entscheidungsprozesse zu ihrer Nachsorge einbezogen werden. Die Hürden bestehen in der Schweiz aktuell noch darin, dass Koordinationsleistungen selten von den Krankenversicherern erstattet werden. Um eine integrierte unterstützende Versorgung bei Krebs im Gesundheits- und Sozialsystem zu verwirklichen, müssten geeignete Finanzierungsmodelle entwickelt werden; überdies bräuchte es entsprechende Qualifikationen für die Navigators und entsprechende technische Lösungen in der Praxis (Sperisen et al., 2021, S. 12–14).

Theoretisches Zwischenfazit

Die theoretische Herleitung hat gezeigt, dass die KLB in einem komplexen und mehrperspektivischen gesundheitspolitischen Umfeld agiert. Die Herausforderungen an die eigene organisationale Haltung und das Engagement für Cancer Survivors (Advocacy) aus einer ganzheitlichen Perspektive, Führung und Management der Organisation angesichts der rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen verbunden mit dem Antizipieren von (Mega-)Trends, die sich aus der Umwelt ergeben, dem Nutzen von Handlungsspielräumen und dem Ableiten entsprechender Strategien empfehlen den Einsatz entsprechender Methoden und Instrumente. Aus theoretischer Perspektive kann PA die KLB angesichts dieser mehrperspektivischen Ausgangslage in ihrer Intention unterstützen, ein Dienstleistungsangebot für Cancer Survivors langfristig zu finanzieren. Zum Erfolg können unter anderem klare Ziele sowie eine formulierte Strategie, Einigkeit innerhalb der Organisation und genügend personelle Ressourcen beitragen (dieser Punkt wird im Kapitel 6.5 vertieft).

3 Organisationsporträt Krebsliga Bern

Im folgenden Kapitel wird die KLB als Organisation in den folgenden Dimensionen vorgestellt:

- Organisation und Leitbild
- Dienstleistungsangebot, Datenverwaltung und -pflege
- Finanzierung und Mittelherkunft

- Mitarbeitende und Team
- Stakeholder und Vernetzung

Die Analyse erfolgt in Kapitel 4.1; gleichwohl soll an dieser Stelle bereits darauf eingegangen werden, wie es zu dieser Auswahl der Dimensionen gekommen ist. Nach Vahs und Weiand (2010) hängt es vom Arbeitsauftrag der Beratenden und dem Fokus ihrer/seiner Betrachtung ab, welche Personen und/oder Objekte in der Analysephase untersucht werden. So wird beispielsweise ein/-e Strategieberater*in die bisherige Strategie des Unternehmens (etwa hinsichtlich angebotener Dienstleistungen) mit den für das Unternehmen relevanten internen und externen Ausgangsbedingungen (beispielsweise durch eine SWOT-Analyse) analysieren, um dann zu einer Empfehlung zu kommen. Allen Formen von interner wie externer Beratung ist gemein, dass eine Diagnose die grundlegenden Daten liefert, anhand derer erst eine systematische und zielgerichtete Auswahl von Interventionen stattfinden kann (2010, S. 77) (vgl. dazu die Handlungsempfehlungen in Kapitel 6.2). Diese Dimensionen stellen also eine bewusste Auswahl dar. So geht es bei der Dimension «Dienstleistungsangebot, Datenverwaltung und -pflege» etwa darum, dass eine Bestandesaufnahme gemacht wird, welche Dienstleistungen die KLB heute bereits anbietet und welche Daten sie wie erfasst. Diese Bestandesaufnahme hat einen direkten Bezug zur Forschungsunterfrage 1, die danach fragt, welche Voraussetzungen bei der KLB in Bezug auf die nachhaltige Finanzierung erfüllt sein müssen. Die Argumentation der KLB auf der Grundlage von Evidenzen (evidence based) und Fakten sowie der kritische Blick auf die eigenen organisationalen Ressourcen und Daten sind zentral, um Aussagen zu möglichen Public-Affairs-Strategien machen zu können. Da der vorliegende Case am ehesten einer Analyse der Strategie gemäss Vahs und Weiand (2010, S. 77) entspricht, gilt es folglich, die Ausgangsbasis für das Veränderungsprojekt zu bestimmen (wo steht das Unternehmen aktuell, welche wichtigen Umfeldbedingungen gibt es, welche strategischen Optionen hat das Unternehmen etc.). Bei den eingangs bestimmten Definitionen handelt es überdies um langjährige Erfahrungswerte der Autorin. Als Grundlage für das *Organisationsporträt* wie auch für die *Analyse der Organisation* (vgl. Kapitel 4.1) erhielt die Autorin einen niederschweligen Zugang zur Organisation (vgl. Kapitel 1), sichtete im Zuge der Arbeiten folgende Unterlagen und führte Gespräche mit folgenden Personen (*nicht* Teilnehmende der Fokusgruppengespräche):

- Unterlagen zum Dienstleistungsangebot, interne Konzepte, Broschüren u.ä.
- Statuten, Organigramm, Leitbild
- Jahresberichte und -abschlüsse
- Interne Reglemente
- Stellenbeschriebe

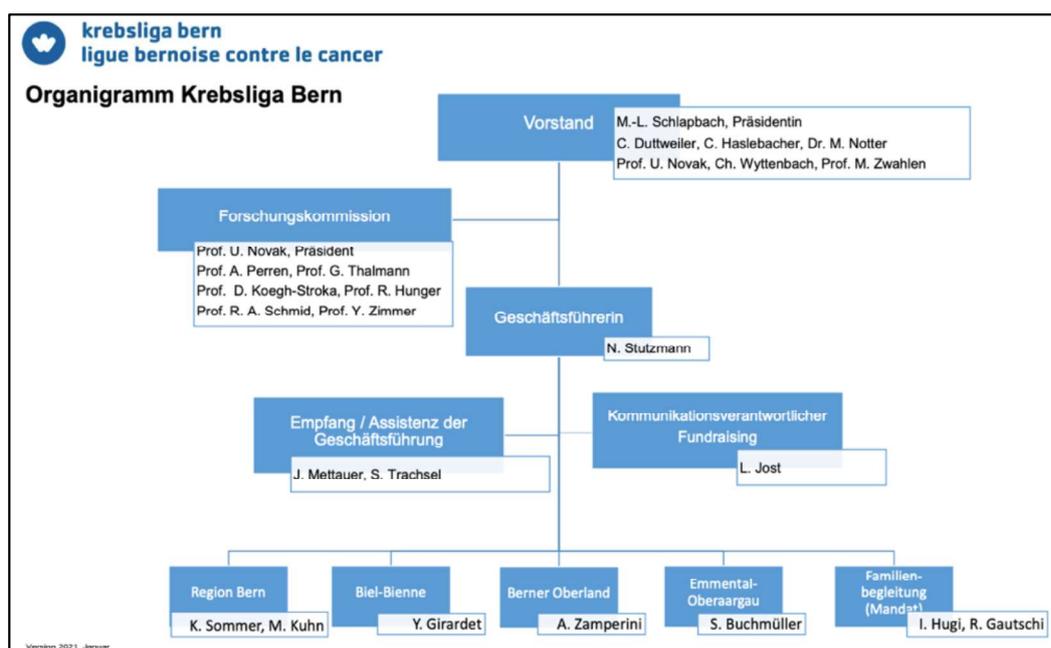
- Übersicht Mitgliedschaften
- Öffentlich zugängliche Informationen via Internet
- Fachgespräche mit Sarah Stoll, Krebsliga Ostschweiz, sowie Nicolas Sperisen, Krebsliga Schweiz

3.1 Organisation und Leitbild

Die KLB wurde im Jahr 1957 als gemeinnütziger, politisch und konfessionell neutraler Verein gegründet. Sie bezweckt die Begleitung, Unterstützung und Beratung von Krebsbetroffenen und deren Nahestehenden, die Unterstützung der Krebsforschung im Kanton sowie die Information über Risikofaktoren und über die Möglichkeiten zur Verhütung oder Früherkennung von Krebserkrankungen (Statuten Krebsliga Bern, 2020). Die Liga hat rund 2500 Aktiv-, Passiv- und Ehrenmitglieder. Die KLB ist Mitglied im Verband KLS, dem alle 18 kantonalen und regionalen Krebsligen der Schweiz sowie die Krebshilfe Liechtenstein angehören. Sie arbeitet partnerschaftlich mit dem Dachverband sowie den anderen kantonalen und regionalen Ligen zusammen. Die KLB ist vom Kanton Bern als gemeinnütziger Verein anerkannt und steuerbefreit. Seit 2004 trägt sie das Gütesiegel der Stiftung ZEWO¹⁹. Die Mitglieder des Vorstands und der Kommissionen arbeiten ehrenamtlich (Krebsliga Bern, 2022e). Der Vorstand besteht aus sieben Personen; die Forschungskommission besteht aus Mitgliedern aus Forschung und Medizin (Spitäler im Raum Bern) (Krebsliga Bern, 2022d) (Organigramm Krebsliga Bern, 2021) (vgl. Abbildung 10).

Abbildung 10

Organigramm Krebsliga Bern (Krebsliga Bern, 2021)



¹⁹ Schweizerische Zertifizierungsstelle für gemeinnützige, Spenden sammelnden Organisationen

Leitbild

Im Jahr 2021 hat die KLB in einem partizipativen Prozess zwischen Vorstand und der Geschäftsstelle ein Leitbild²⁰ erarbeitet, das die folgenden Elemente enthält und Aussagen zur eigenen Identität enthält (Krebsliga Bern, 2022e):

- Was uns antreibt: Wir unterstützen Krebsbetroffene bei der Bewältigung der Krankheit. Mit viel Energie, Engagement und Zuversicht suchen wir gemeinsam mit den Betroffenen Wege für eine möglichst hohe Lebensqualität.
- Unser Selbstverständnis: Wir sind eine unverzichtbare, verlässliche Partnerin im Versorgungsnetzwerk von Krebs- betroffenen im gesamten Kanton und die erste Anlaufstelle für alle nicht medizinischen Fragen rund um Krebs.
- Unsere Werte:
 - Die Bedürfnisse der Krebsbetroffenen stehen für uns im Zentrum.
 - Wir sind eine vertrauenswürdige, professionelle Organisation mit kompetenten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.
 - Wir sind parteipolitisch unabhängig und konfessionell neutral.
 - Gemeinsam mit den Betroffenen suchen und finden wir Wege im Umgang mit der Krebserkrankung, stärken sie und finden hilfreiche Antworten auf konkrete Anliegen.
 - Für Fragen und Unterstützung rund um Krebs ist jeder und jede bei uns willkommen und wir sind im ganzen Kanton präsent.
 - Wir setzen unsere Gelder verantwortungsbewusst und effizient ein.
- Unsere Kernleistungen
- Unsere Zusammenarbeit mit Partnerinnen und Partnern sowie untereinander
- Unsere Zielgruppen

3.2 Dienstleistungsangebot, Datenverwaltung und -pflege

Das Dienstleistungsangebot der KLB umfasst die nachfolgenden Bereiche (vgl. Abbildung 11):

- Soziales: Unterstützung in schwierigen persönlichen, sozialen und zwischenmenschlichen Situationen
- Rechtliches: Beratung bei Fragen zu Leistungen von Sozialversicherungen, Unterstützung bei der Administration
- Finanzielles: Unterstützung bei der Suche nach Lösungen bei krankheitsbedingten finanziellen Engpässen
- Austausch und Selbsthilfe: Organisation von Veranstaltungen, Workshops, Kurse, Vorträge, Seminare und Vermittlung von Selbsthilfegruppen

²⁰ Das komplette Leitbild ist hier einsehbar: <https://bern.krebsliga.ch/ueber-uns/verein>

- Zurück in den Alltag: Begleitung auf dem Weg in die Wiedereingliederung in das soziale und berufliche Leben; Beratung von Vorgesetzten, Kolleg*innen, Lehrpersonen oder Schulklassen
- Unterstützung: Vermittlung von Unterstützungsangeboten wie Fahrdiensten, Kinderbetreuung oder Haushaltshilfen zwecks Entlastung im Alltag
- Lebensende: Begleitung in der Auseinandersetzung mit den Themen Leben, Tod, Sterben und Trauer, Information über den Vorsorgeauftrag und die Patientenverfügung
- Information: Führen eines breiten Angebots an Broschüren zum Thema Krebs
- Begegnungszentrum (für ein Znüni für Krebsbetroffene, Feierabendtreffen, Schminkvormittage, Selbsthilfegruppen oder Workshops), seit März 2022

Das Angebot umfasst alle Phasen der Krebserkrankung im Kanton Bern, es ist kostenlos und richtet sich an Krebsbetroffene, Nahestehende und alle Interessierten (Krebsliga Bern, 2022a).

Abbildung 11

Kernangebote Krebsliga Bern (Krebsliga Bern, 2022)



Datenverwaltung und -pflege

Zur Verwaltung und Pflege der Daten setzt die KLB die Software Nexus sozial ein. Die Adressen aller Stakeholder (etwa der Klient*innen, der Mitarbeitenden, der Mitglieder oder Organisationen und Fachpersonen des Gesundheitswesens) werden hier erfasst. Über Module können bei Nexus sozial benötigte Zusatzdaten gewisser Stakeholder hinzugefügt und verwaltet werden. So ist beim Klient*innen-Modul beispielsweise noch das entsprechende Dossier angehängt, welches die zuständigen Sozialberatenden führen. Nexus sozial wird heute vermehrt als CRM²¹ eingesetzt, um (Kommunikations-)Massnahmen und Aktivitäten rund um

²¹ CRM = Customer Relationship Management bezeichnet die konsequente Ausrichtung eines Unternehmens auf seine Kund*innen und die systematische Gestaltung der Kund*innenbeziehungsprozesse (Wikipedia, 2022).

Mitglieder, Spendende und/oder Gönner*innen oder andere Stakeholder besser steuern und evaluieren zu können (Krebsliga Bern, 2021). Mit Blick auf eine nachhaltige Finanzierung eines Angebots für Cancer Survivors wiederum sind verbindliche und nachvollziehbare Aussagen und Informationen insbesondere zu den Klient*innen der KLB zentral. Diese legitimieren die eigene Arbeit, unterstützen die KLB in der Argumentation mit potenziellen Leistungsvertragsgebenden oder beim Erkennen von Lücken im Angebot. Weiter geben sie Auskunft über die Effektivität und Effizienz. Aktuell erfasst die KLB das Geschlecht, das Alter, die Diagnose und den Wohnort/die Region der Klient*innen in Nexus sozial. In den Dossiereinträgen werden Gespräche und weitere Aktivitäten für eine bestimmte Person eingetragen. Die KLB erhebt lediglich für das Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) die Zahl der Dossiers und der Beratungsstunden sowie die Anzahl der verschiedenen Veranstaltungen sowie der Teilnehmenden (vgl. Kapitel 3.3). Aussagen zur Wirkung (Outcome und Impact) der Beratungen können aktuell kaum gemacht werden und stützen sich im Wesentlichen auf die Selbsteinschätzung der Beratenden und die alle drei bis fünf Jahre stattfindenden, im Auftrag des BSV durchgeführten, Zufriedenheitsbefragungen. Die KLB setzt sich 2022 damit auseinander, welche Daten sie erheben wird, um verbindliche Aussagen machen zu können. Allenfalls wird dazu ein nationales Projekt gestartet (Krebsliga Bern, 2022).

3.3 Finanzierung und Mittelherkunft

Die KLB ist zu über 90 Prozent spendenfinanziert (Krebsliga Bern, 2021b, 2022b, 2022c). Interessierte könnte sich mit einer Mitgliedschaft, Spenden, Erbschaften oder Legaten finanziell und ideell beteiligen (Krebsliga Bern, 2021a).

Abbildung 12

Mittelherkunft 2021 (Krebsliga Bern, 2022c, S. 23)

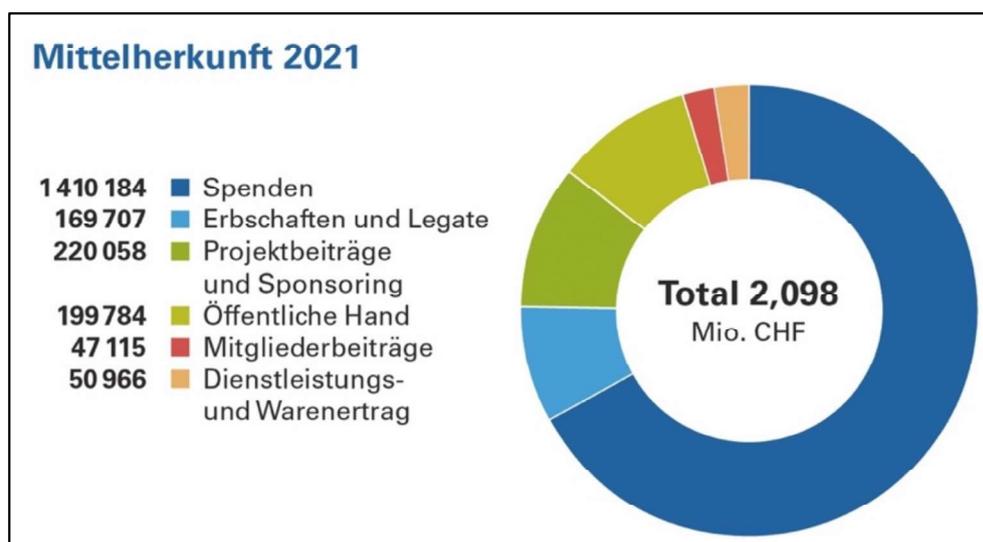
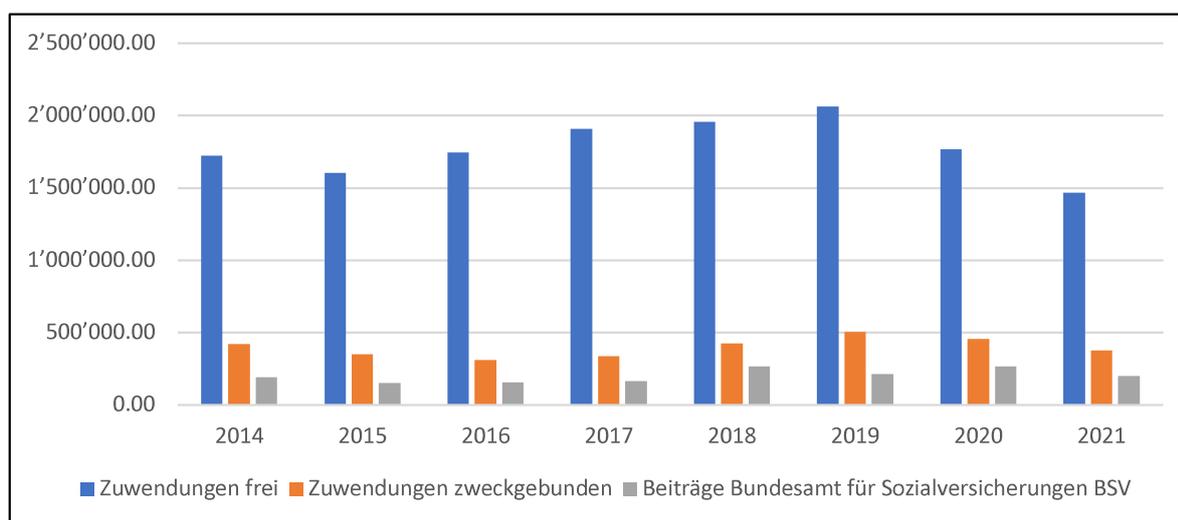


Abbildung 12 schlüsselt die Mittelherkunft für das Jahr 2021 auf: Bei der Position «Projektbeiträge und Sponsoring» handelt es sich um Gelder, die für die Klient*innen in Form einer Direkthilfe beantragt werden, jedoch nicht bei der KLB verbleiben (Nicole Stutzmann, pers. Mitteilung, 10. Februar 2022). Die KLB erhält über einen Untervertrag mit der KLS Subventionen des BSV (Krebsliga Bern, 2022b). Die Einnahmen aus Dienstleistungen und Waren stammen unter anderem aus Kurs- oder Veranstaltungsgebühren oder der Teilnahme an Projekten, wie beispielsweise REAS²² (Nicole Stutzmann, pers. Mitteilung, 10. Februar 2022). Wie bereits in früheren Arbeiten dargelegt, erfahren Personen, die mit der Diagnose Krebs konfrontiert werden, grundsätzlich eine hohe Solidarität (Zwahlen, 2021). Dies zeigen auch die Zahlen von Swissfundraising: 2015 beispielsweise haben Spendende am häufigsten die Krebsliga (14.9 Prozent), die Rega (14.5 Prozent) und die Paraplegiker-Stiftung (13.4 Prozent) unterstützt²³ (Swissfundraising, 2015, S. 8). Eine Krebsdiagnose wird als Schicksalsschlag und als grundsätzlich unverschuldet wahrgenommen. Awareness-Aktivitäten gegen Brustkrebs mit der pinken Schleife oder der Weltkrebstag in der Schweiz (4. Februar) generieren eine hohe Aufmerksamkeit und Anteilnahme für die Betroffenen (Zwahlen, 2021). Abbildung 13 zeigt die Entwicklung der frei verfügbaren und gebundenen Zuwendungen sowie jene der Beiträge des BSV über die vergangenen sieben Jahre (2014-2021; Grundlage: Jahresberichte KLB 2014 - 2021).

Abbildung 13

Entwicklung der frei verfügbaren und zweckgebundenen Zuwendungen sowie der Beiträge der öffentlichen Hand 2014 - 2021



²² Im Rahmen des Projekts REAS der Fachhochschule Nordwestschweiz im Auftrag der Schweizerischen Gesundheitsligen-Konferenz GELIKO wird unter anderem der Frage nachgegangen, inwiefern Gesundheitsligen als definierte Anlaufstellen für chronisch und multimorbid Kranke Unterstützung bei komplexen gesundheitlichen und sozialen Einschränkungen leisten könnten (Fachhochschule Nordwestschweiz FHNW – Hochschule für Soziale Arbeit (HSA), 2020).

²³ Gemäss Eigenaussagen.

Dabei zeigt sich, dass die frei verfügbaren Zuwendungen über die Jahre relativ stabil geblieben sind sowie im Jahr 2019 sogar leicht zugenommen haben. Seit 2020 zeichnet sich jedoch, trotz Solidarität der Spendenden mit dem Thema Krebs, ein Abwärtstrend ab. Die BSV-Beiträge variieren nur marginal. Andere Beiträge der öffentlichen Hand existieren nicht. Zwischen der KLB und anderen Akteuren des Gesundheitswesens, etwa Spitälern, besteht seit Jahren eine mehr oder weniger enge Zusammenarbeit. So erbringt die KLB am Beispiel der Patient*innen Beratung sowie finanzielle Unterstützung, die Spitäler wiederum informieren über die Leistungen der KLB und/oder überweisen diese an die KLB. Im Rahmen von sogenannten «Kooperationsverträgen» sind diese unentgeltlichen Leistungen mit einzelnen Gesundheitsakteuren vertraglich geregelt, jedoch nicht mit allen.

3.4 Mitarbeitende und Team

Die Geschäftsstelle in Bern besteht aus der Geschäftsführerin Nicole Stutzmann und einem Beratungs- und Unterstützungsteam bestehend aus fünf Beratenden (Profil: diplomierte Sozialarbeitende mit einem CAS in psychoonkologischer Beratung und eine diplomierte Pflegefachfrau). Diese decken mit den Regionen Emmental-Oberaargau, Biel und Berner Jura, Bern-Mittelland und Seeland sowie Berner Oberland den gesamten Kanton Bern ab, zwei weitere Sozialberaterinnen arbeiten auf Mandatsbasis in der Familienbegleitung. Weiter besteht die Geschäftsstelle aus zwei Mitarbeiterinnen in der Administration (Personal, Finanzen und Mitglieder respektive Veranstaltungen, Forschungsgesuche, Betreuung Gremien und Social-Media-Kanäle) und einem Verantwortlichen für Kommunikation und Fundraising (Krebsliga Bern, 2022d) (Organigramm Krebsliga Bern, 2021).

3.5 Stakeholder und Vernetzung

In Abbildung 14 identifiziert die KLB ihre Stakeholder. Mitglieder, Spender*innen und Donator*innen erhalten das Attribut «ermöglichen es, unsere Arbeit zu machen», Spitäler, Fachpersonen, weitere Beratungsstellen und die Sozialversicherungen sowie Forschende und Absolvent*innen von Bildungsinstitutionen werden als Multiplikatoren bezeichnet, Politiker*innen sollen durch Lobbying auf die Bedürfnisse von Krebsbetroffenen aufmerksam gemacht werden. Die Stakeholder sind mittels verschiedener Farben priorisiert, dunkelblau markiert dabei die zentralen Stakeholder, mittelblau sind Stakeholder der Priorität 2, hellblau jene der Priorität drei (Krebsliga Bern, 2022e).

Abbildung 14

Übersicht Stakeholder (Krebsliga Bern, 2022e)



Die KLB ist Mitglied verschiedener Vereine und Verbände (Nicole Stutzmann, pers. Mitteilung, 10. Februar 2022):

- Allianz gesunder Kanton Bern
- Apprendre à vivre avec le cancer *
- Berner Schuldenberatung – Kollektivmitgliedschaft
- ilco Schweiz, Regionalgruppe Bern
- Kbk (kantonale behindertenkonferenz)
- Leben wie zuvor – Gönnerbeitrag
- Onkologiepflege Schweiz *
- palliative.ch (Sektion Bern)
- Public Health Schweiz
- Schweizerischer Fachverband Soziale Arbeit im Gesundheitswesen sages
- Sozialinfo.ch (Mitglieder Nummer: 6332)
- Swissfundraising *

Bei den Mitgliedschaften mit einem Stern handelt es sich um eine Mitgliedschaft ad personam, bei den anderen um eine institutionelle Mitgliedschaft. Die KLB entrichtet jährlich rund

CHF 4'800.-- für diese Mitgliedschaften. Bei der Mitgliedschaft bei «Allianz gesunder Kanton Bern» handelt es sich mit CHF 2'000.-- um den höchsten Jahresbetrag aller Mitgliedschaften.

4 Empirischer Teil

Nachdem im ersten Kapitel ins Thema eingeführt und die Problemstellung sowie die Forschungsfragen beschrieben, die Relevanz des Themas für die SA und das methodischen Vorgehen präsentiert, im zweiten Kapitel die theoretischen Grundlagen dargelegt sowie im dritten Kapitel die KLB als Organisation vorgestellt wurden, folgt nun der empirische Teil dieser Masterthesis. Er besteht aus zwei Teilen: einer Umfeld- und Organisationsanalyse der KLB und zwei Fokusgruppengesprächen. Mit beiden Teilen wird versucht, eine Innensicht «Krebsliga» sowie eine Aussensicht «Umfeld» einzunehmen (vgl. Abbildung 3). Der empirische Teil dient der Beantwortung dieser Forschungsfragen:

Hauptfrage:

- Inwiefern ist Public Affairs als Form von Advocacy auf der Meso- und Makroebene für die Krebsliga Bern erfolgsversprechend, um ihr Dienstleistungsangebot für Cancer Survivors langfristig finanziell zu sichern?

Unterfragen:

- Welche Voraussetzungen in Bezug auf die nachhaltige Finanzierung (Daten, Know-how, Infrastruktur usw.) müssen bei der Krebsliga Bern geschaffen respektive erfüllt sein?
- Welche alternativen Formen von Advocacy zu Public Affairs sind für die Krebsliga Bern geeignet?

Beide Teile werden nachfolgend kurz beschrieben:

- **Umfeld- und Organisationsanalyse:** Im ersten empirischen Teil wird eine *Umweltanalyse* (Aussensicht) anhand des PESTEL-Modells (political, economical, socio-cultural und technological) gemacht, anschliessend folgt eine Stakeholderanalyse anhand des St. Galler Managementmodells (SGMM)²⁴ sowie in einem dritten Schritt eine *Organisationsanalyse* anhand der SWOT-Analyse (strengths, weaknesses, opportunities and threats) (Verknüpfung von Innen- und Aussicht), die wiederum die Erkenntnisse aus PESTEL sowie SGMM aufnimmt²⁵. Abschliessend wird ein Fazit in Form von vier strategischen Stossrichtungen gezogen, die bereits konkrete Ergebnisse darstellen, welche in die Handlungsempfehlungen einfließen (vgl. Kapitel 6.2). Die gesamte Umfeld- und Organisationsanalyse hat zum

²⁴ 4. Generation

²⁵ Bei den Unterlagen, die hierfür verwendet werden, handelt es sich zum Teil um interne Dokumente der KLB, die aus Gründen des Datenschutzes und der Vertraulichkeit keinen Eingang in den Anhang finden.

Ziel, eine integrative und möglich umfassende Perspektive auf den Ist- und Soll-Zustand der Organisation einzunehmen.

- **Fokusgruppengespräche:** Im zweiten empirischen Teil (vgl. Kapitel 4.2) wird ebenfalls eine Innensicht und eine Aussensicht eingenommen, dies aus der Perspektive von Personen, die eine Expertise im Gesundheitswesen und/oder politischer Kommunikation haben und/oder der Krebsliga nahe sind. Es nahmen Leitungspersönlichkeiten mit zum Teil langjähriger strategischer oder operativer Führungserfahrung, die das Gesundheitswesen aus unterschiedlichen Perspektiven kennen und teilweise direkten Patient*innenkontakt haben oder hatten, an den beiden Gesprächen teil.

4.1 Umfeld- und Organisationsanalyse Krebsliga Bern

Dieses Kapitel befasst sich mit dem ersten empirischen Teil dieser Masterthesis: der Umfeld- und Organisationsanalyse der KLB. Es folgt zuerst die Analyse der Umwelt mittels PESTEL, anschliessend eine Stakeholderanalyse mittels SGMM sowie abschliessend die SWOT-Analyse der Organisation und deren Umwelt.

4.1.1 PESTEL-Analyse

Im Folgenden wird die Beschreibung der Entwicklungen der KLB-Umwelt in Anlehnung an das PESTEL-Modell vorgenommen. Dabei handelt es sich um ein Instrument, das dazu dient, die Makro-Umwelt von Unternehmen zu analysieren und zu bewerten. Dazu werden die Faktoren, die die Umwelt und damit auch das Unternehmen beeinflussen, identifiziert (Klandt, 2010, S. 221, zit. in Hochschule Luzern, 2021). Die Abkürzung «PEST» steht dabei für die verschiedenen Einflussfaktoren (political, economical, socio-cultural und technological). Diese wurden später weiterentwickelt und mit den beiden Einflussfaktoren «ecological» und «legal» ergänzt, sodass der Begriff PESTEL-Analyse entstand (Fink, 2020, S. 33, zit. in Hochschule Luzern, 2021). Für die KLB sind vor allem die politischen, sozio-kulturellen und die rechtlichen Einflussfaktoren von Relevanz, weshalb hier der Fokus gelegt wird. Letztere haben wiederum Einfluss auf die Finanzierung von KLB-Angeboten. Deshalb handelt es sich, wie auch bei den politischen Einflussfaktoren, die aufzeigen, wie affin und empfänglich die Politik im Kanton Bern für Vorstösse und Ansätze der integrierten Versorgung sind, um die zentralsten externen Einflussfaktoren, auf die die KLB Strategien entwickeln sollte.

Politische Einflussfaktoren

Beim Blick auf die politischen Rahmenbedingungen wird analysiert, wie sich bestimmte Kriterien, etwa Stabilität und Verlässlichkeit des Regierungssystems, Veränderungen der Regierungsverantwortung, Stärke von rechts-/linksradikalen Parteien, wirtschaftspolitische

Ausrichtung der Regierenden, Wirtschaftsförderung (etwa Subventionsgewährung) etc. auf einen Zielmarkt auswirken (Kreutzer, 2018, S. 104). Derzeit wird der Grosse Rat des Kantons Bern (Legislative) durch eine bürgerliche Mehrheit dominiert (Ergebnisse der Wahlen 2022 nicht berücksichtigt) (Website Grosser Rat Kanton Bern, 2018). Das Bild des Regierungsrats (Exekutive) ist ausgeglichener (Website Regierungsrat Kanton Bern, 2022). Der Vorsteher der Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion (GSI), der damit zuständigen Direktion für die KLB, ist SVP-Regierungsrat Pierre Alain Schnegg (SVP). In der GSI (und auch in der Vorgängerdirektion Gesundheits- und Fürsorgedirektion GEF) laufen seit vielen Jahren diverse Kostensenkungsprogramme (beispielweise 2013 und 2017), sei es in den Bereichen Migration, Alter, Sozialhilfe oder Gesundheit, um den steigenden Gesundheits- und Sozialkosten entgegenzuwirken. Im Jahr 2020 veröffentlichte der Kanton Bern die «Gesundheitsstrategie des Kantons Bern 2020 – 2030», die den Behörden des Kantons Bern als Leitlinie für Entscheide im Gesundheitsbereich dient und die auf einen Zeitraum von zehn Jahren ausgerichtet ist. Die Gesundheitsstrategie wurde in der GSI unter Einbezug verschiedener Stakeholder aus dem Gesundheitswesen erarbeitet²⁶. Die KLB wurde im Rahmen ihrer Mitgliedschaft der Allianz gesunder Kanton Bern miteinbezogen²⁷.

Soziokulturelle Einflussfaktoren

Bei der Analyse gesellschaftlicher Entwicklungen sind beispielweise die Altersstruktur der Bevölkerung, das Armutsrisiko oder kulturelle Besonderheiten auf ihre Relevanz zu analysieren (Kreutzer, 2018, S. 104; Theobald, 2016, S. 3). Die Bevölkerung des Kantons Bern betrug 2020 1'043'132 Menschen (50.9 Prozent Frauen und 49.1 Prozent Männer). 59.7 Prozent der Bevölkerung sind zwischen 20 und 64 Jahre alt. Über 80 Prozent der Bevölkerung spricht Deutsch (der Rest spricht Französisch, Italienisch, Englisch und andere Sprachen). Die Anzahl der über 65-Jährigen wird stark steigen. Besonders stark ist der Anstieg bei den über 80-Jährigen. Im Vergleich zu heute werden 2050 mehr als doppelt so viele Personen 80 Jahre und älter sein (Website der Finanzdirektion des Kantons Bern, 2020).

In den Jahren 2014-2018 erkrankten im Kanton Bern im Schnitt 669.8 Männer sowie 512.4 Frauen pro 100'000 Einwohnende an Krebs (rohe Inzidenzrate/100'000). Über beide Geschlechter ergibt das für 2014-2018 eine durchschnittliche rohe Inzidenzrate von rund 579/100'000 (Nicole Steck, pers. Mitteilung, 13. März 2022). Im Kanton Bern sind zwischen

²⁶ Im Steuerungsausschuss waren neben der GSI folgende Verbände vertreten: diespitäler.be, der Verband Privatspitäler des Kantons Bern (VPSB), die Ärztesgesellschaft des Kantons Bern (BEKAG), der SPITEX Verband Kanton Bern, der Dachverband der Heime und sozialen Institutionen (Curaviva Bern), der Verband Schweizerischer Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) und der Schweizer Berufsverband der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK) (Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern, 2020, S. 5).

²⁷ https://static1.squarespace.com/static/5cd2eace2727be7caf9b3da7/t/5e29780059973a01ac114cbc/1579776002499/2019_12-17+Stellungnahme+AGKB.pdf

10 und 15 Prozent der Bevölkerung von Armut betroffen. Unter ihnen sind überdurchschnittlich viele Alleinerziehende und Menschen mit geringer Ausbildung, die nach einem Stellenverlust keine neue Arbeit finden (Website Caritas Bern, 2022). Krebs kann zu einer Schuldenfalle respektive zu einem Armutsrisiko werden: Ein Teil der Betroffenen wird mit einschneidenden finanziellen Problemen konfrontiert. Der damit verbundene psychische Stress kann den Gesundheitszustand langfristig belasten und sogar zu einem erhöhten Mortalitätsrisiko führen. Nichteinhalten von Medikation, Behandlungsempfehlungen oder Arztterminen sind mögliche Folgen finanzieller Schwierigkeiten. Krebsbedingte finanzielle Probleme werden jedoch oft sowohl von Gesundheitsfachpersonen als auch Betroffenen selbst, spät erkannt oder unterschätzt (Ostschweizer Fachhochschule OST, 2020).

Rechtliche Einflussfaktoren

Rechtliche Faktoren haben einen nachhaltigen Einfluss auf Organisationen, so zum Beispiel die allgemeine Rechtssicherheit oder die Ausprägung der Gesetze und Richtlinien (Kreutzer, 2018, S. 105). In der Schweiz liegt das Gesundheitswesen grundsätzlich in kantonaler Zuständigkeit. Die Aufgaben und die Verantwortung des Kantons Bern im Gesundheitsbereich werden in der Kantonsverfassung umrissen (insbesondere Sozialrechte Art. 29, Sozialziele Art. 30 und Gesundheitswesen Art. 41). Die Organisation und die Aufsicht werden in verschiedenen kantonalen Gesetzen wie dem Spitalversorgungsgesetz (SpVG), dem Gesundheitsgesetz (GesG) und dem Sozialhilfegesetz (SHG) sowie den entsprechenden Ausführungsbestimmungen festgelegt. Insbesondere für die Finanzierung und die Versicherer bestehen auch auf Stufe Bund zahlreiche Regelungen (Krankenversicherungsgesetz, Bundesgesetz über die Unfallversicherung und Bundesgesetz über die Invalidenversicherung). Die geltende Finanzierungsordnung begünstigt gemäss GSI eine Ausrichtung auf kurative Versorgung, erschwert die integrierte Versorgung, die palliative Medizin und Pflege und vernachlässigt den Aspekt der Betreuung. Die Regulierungsdichte ist insbesondere im stationären Bereich generell hoch (Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern, 2020, S. 15).

4.1.2 St. Galler Management-Modell (SGMM)

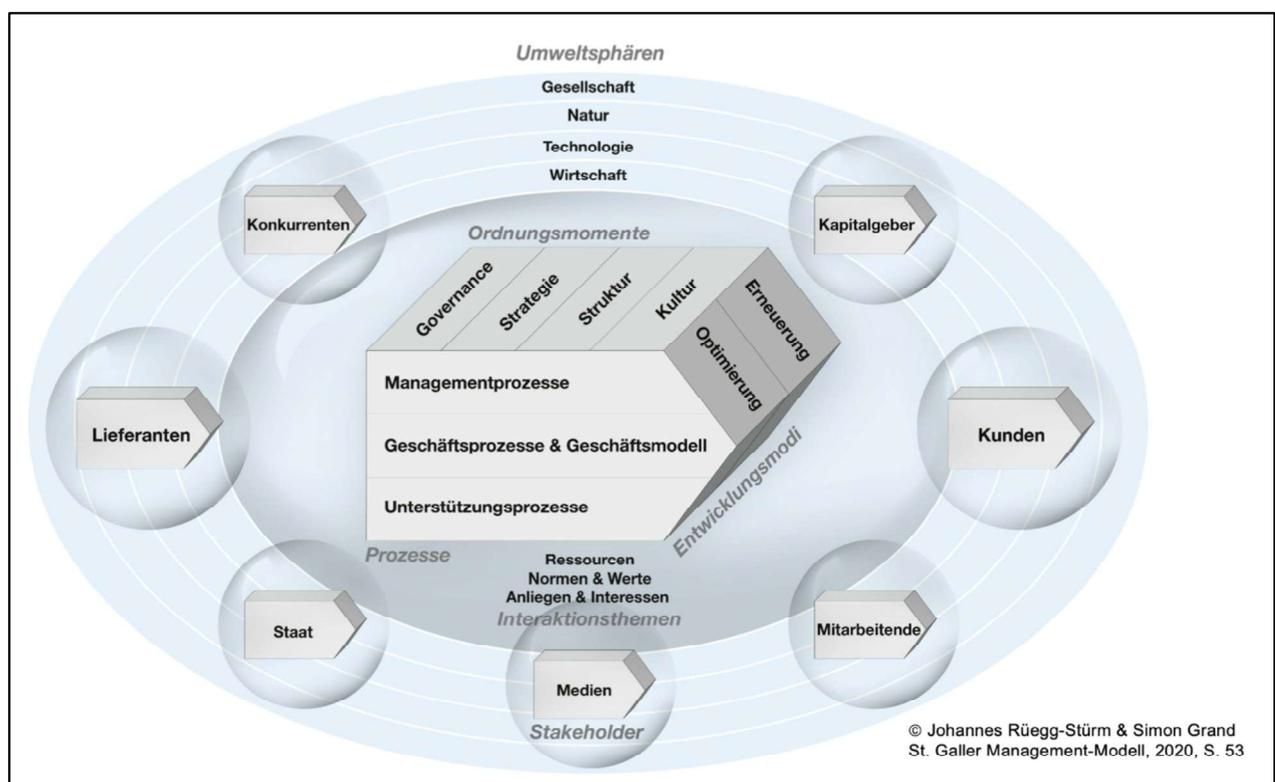
Wie im Kapitel 2.2 ausgeführt, nehmen Organisationen, auch solche des Nonprofit-Bereichs, Einfluss auf ihre Umwelt und werden gleichzeitig durch diese beeinflusst, sei es durch regulatorische und finanzielle Rahmenbedingungen oder durch Ansprüche ihrer unterschiedlichen Stakeholder. Um dieses Verhältnis und diese Beziehungen zu analysieren, bedarf es eines integrativen Modells. Das St. Galler Management-Modell (SGMM) ist ein solches Modell, das grundlegende Aspekte von Management beschreibt (vgl. Abbildung 15). Traditionellerweise wird es zur Analyse von Profit-Organisationen eingesetzt. Rüegg-Stürm und Grand (2020, S. 35–36) beschreiben jedoch auch Organisationen («Organisationstypen»), die mit ihrer

Wertschöpfung keine finanziell realisierbare Wertsteigerung für ihre Eigentümer anstreben, sondern andere Wertvorstellungen ins Zentrum ihrer Tätigkeit stellen: Dabei handelt es sich um NPO, die durch kollektive Selbsthilfe oder durch einen gesellschaftlichen oder kulturellen Mehrwert motiviert sind (gemeinnützige Organisationen). Diese Öffnung des SGMM auf NPO begründet die Verwendung für den vorliegenden Case.

Management erfüllt keinen Selbstzweck, sondern bezieht sich immer auf organisationale Wertschöpfung (Rüegg-Stürm & Grand, 2020, S. 30). Diese Wertschöpfung entsteht nach Rüegg-Stürm und Grand (2020, S. 34) in einem aufeinander abgestimmten *Zusammenspiel zwischen einer Organisation und ihrer Umwelt*. Sie muss sich in diesem Zusammenspiel fortlaufend weiterentwickeln. Entsprechend ist mit organisationaler Wertschöpfung untrennbar die *Erschliessung und Nutzung einer spezifischen Umwelt* verbunden. Diese ist ein für die Organisation relevanter Möglichkeits- und Erwartungsraum. Er ist durch eine Organisation gezielt zu erschliessen und unternehmerisch zu gestalten. Dies erfordert den Aufbau von tragfähigen Beziehungen zu spezifischen Stakeholdern. Stakeholder sind Individuen, Communities oder Organisationen, die an der organisationalen Wertschöpfung der Organisation beteiligt oder davon betroffen sind (Rüegg-Stürm & Grand, 2020, S. 62).

Abbildung 15

St. Galler Management Modell (Rüegg-Stürm & Grand, 2020, S. 53)



Die für die KLB identifizierten Stakeholder werden gemäss SGMM in der Tabelle 1 in Konkurrenten, Lieferant*innen, Staat, Medien, Mitarbeitende, Kund*innen und Kapitalgebende unterschieden (Grundlage Leitbild KLB, ergänzt durch die Autorin):

Tabelle 1*Stakeholder Krebsliga Bern*

STAKEHOLDER	BESCHREIBUNG
Konkurrenten	Die KLB verfügt als Gesundheitsliga im weitesten Sinne über eine «Monopolsituation», was bedeutet, dass sie keine unmittelbaren Konkurrenten hat. Angesichts des durch den Staat gewollten Wettbewerbs zwischen den Anbietenden des Gesundheits- und Sozialwesens jedoch könnten Organisationen der ambulanten Onkologiepflege, andere Beratungsstellen, weitere NPO, aber auch andere Ligen als Konkurrenz betrachtet werden, zum Beispiel im Kampf um finanzielle Zuwendungen (Spenden).
Lieferanten	Als Lieferanten können Organisationen verstanden werden, die Zuweisungen und/oder Empfehlungen an die KLB vornehmen oder, an die wiederum die Patient*innen der KLB vermittelt werden. Die KLB bezeichnet jene Stakeholder mit einem Stern ebenfalls als Zuweisende. Der Begriff «Lieferanten» ist jedoch in diesem Kontext nicht ganz passend respektive versteht er sich mehr im marktwirtschaftlichen und/oder gewerblichen Umfeld. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambulante Pflege/spitalexterne Onkologiepflege SEOP ▪ Beratungsstellen * ▪ Hauswirtschaftliche Entlastung ▪ Health Coaching ▪ Onkolog*innen * ▪ Pflegefachpersonen Onkologie * ▪ Physiotherapeut*innen ▪ Psycholog*innen ▪ Rehakliniken * ▪ Selbsthilfegruppen, Selbstmanagement ▪ Sozialdienste * ▪ Sozialpädagogische Familienbegleitung * ▪ Sozialversicherungen (IV, KK...) * ▪ Spitäler *
Staat	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Politiker*innen ▪ Verwaltung und Behörden
Medien	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tages, Fach- und Publikumsmedien ▪ Soziale Medien
Mitarbeitende	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mitarbeitende ▪ Geschäftsleitung ▪ Vorstand (nur indirekt als Mitarbeitende der KLB zu bezeichnen, jedoch eine zentrale Stakeholder-Gruppe)
Kund*innen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cancer Survivors / Krebsbetroffene ▪ Angehörige und Familie ▪ Freunde und Bekannte ▪ Arbeitskolleg*innen, -umfeld
Kapitalgebende	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mitglieder

STAKEHOLDER	BESCHREIBUNG
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Spender*innen ▪ Donator*innen ▪ Stiftungen, etwa die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (Projektfinanzierung)

Die folgenden Stakeholder stammen ebenfalls aus dem Leitbild der KLB (Krebsliga Bern, 2022e):

- Advokaturen und Notariate (bieten gemäss KLB Zugang zu Erbschaften, Legaten und Spenden und könnten so allenfalls zu den Kapitalgebenden gezählt werden)
- Bevölkerung des Kantons Bern (müsste stärker segmentiert werden, damit entsprechende Ziele formuliert werden können)
- Bildungsinstitutionen (deren Absolvent*innen sind gemäss KLB Multiplikator*innen)
- Forschende (gemäss KLB Multiplikator*innen)
- Kirchen, Bestattungsinstitute (bieten gemäss KLB Zugang zu Erbschaften, Legaten und Spenden und könnten so allenfalls zu den Kapitalgebenden gezählt werden)
- Vermögensverwalter*innen (bieten gemäss KLB Zugang zu Erbschaften, Legaten und Spenden und könnten so allenfalls zu den Kapitalgebenden gezählt werden)

Diese Stakeholder passen höchstens indirekt in die Struktur des SGMM, was, nebst vieler Vorzüge, auch die Grenzen solcher Modelle (für NPO) aufzeigt. Gleichwohl wurde in der vorliegenden Thesis bewusst mit dem SGMM als Referenz gearbeitet, weil dieses, wie einleitend festgehalten, auf die organisationale Wertschöpfung in einem Zusammenspiel zwischen einer Organisation und ihrer Umwelt hinweist, die es als Möglichkeits- und Erwartungsraum gezielt zu erschliessen und unternehmerisch zu gestalten gilt (Rüegg-Stürm & Grand, 2020, S. 34). Dies kann durch Instrumente wie PA geschehen. Es kann überdies gezeigt werden, dass es sich bei der KLB um eine Multiple-Stakeholder-Organisation handelt. Die reine *Identifikation* von Stakeholdern, beispielweise anhand des SGMM, ist ein erster wichtiger Schritt, wird aber idealerweise mit Überlegungen zu konkreten Zielsetzungen ergänzt. Die *Charakterisierung* gewisser Stakeholder durch die KLB in Multiplikator*innen impliziert, dass sie sich des Einflusses dieser Stakeholder bewusst ist. Die Medien (auch die Sozialen Medien) könnten hier ebenfalls dazu gezählt werden. Die Frage, die sich die KLB zu gegebener Zeit stellen müsste, wäre, was diese Stakeholder im konkreten Fall multiplizieren sollen. Sie hat auch jene identifiziert, die wesentlich (finanziell) dazu beitragen, dass sie ihre Dienstleistungen auch weiterhin erbringen kann.

Abschliessend kann festgehalten werden, dass die KLB bereits eine sehr klare Vorstellung ihrer zentralen Stakeholder hat. Aus einer Advocacy- respektive PA-Sicht müssten die Stakeholder allerdings nach anderen (zusätzlichen) Gesichtspunkten segmentiert werden, wenn

das Ziel ein nachhaltig finanziertes Angebot für Cancer Survivors darstellt. Hier wiederum wären dann die Politiker*innen ebenfalls Multiplikatoren, woran die KLB vermutlich bereits dachte, da sie in diesem Kontext von Lobbying-Aktivitäten spricht. Modelle wie das «Saliency»-Stakeholderkonzept (Mitchell, Agle & Wood, 1997), das Stakeholder nach den drei Dimensionen Macht (power), Legitimität (legitimacy) sowie Dringlichkeit (urgency) unterteilt, könnten bei diesem Schritt helfen. Das Modell wird in dieser Thesis nicht weiter vertieft.

4.1.3 SWOT-Analyse

Im folgenden Kapitel wird die KLB einer SWOT-Analyse unterzogen. Die SWOT-Analyse gehört zu den verbal-argumentativen Methoden, die ausschliesslich durch Argumentation bewerten. Solche Methoden erlauben eine einfache, schnelle und allgemein verständliche Erfassung spezifischer Faktoren und sind damit zeit- und kostengünstig in der Durchführung (Wollny & Paul, 2015, S. 190). Bei der SWOT-Analyse werden die Stärken (strengths) und Schwächen (weaknesses) der Organisation mit Blick auf die Chancen (opportunities) und Risiken (threats), die sich aus der Umwelt ergeben, analysiert. Die Methode bildet die Grundlage, um geeignete Strategien zu erarbeiten mit Blick auf sich bietende Chancen und sich abzeichnende Risiken. Damit wird eine Verbindung zwischen der Unternehmensinnenwelt und -ausserwelt hergestellt. Die Strategien müssen sich zwingend auf die gegebenen Umfeldparameter beziehen. Durch diese Konkretisierung sollen die Stärken des Unternehmens gezielt ausgebaut und die Schwächen ebenso zielgerichtet reduziert werden. Gleichzeitig sollen die sich aus dem Umfeld ergebenden Chancen genutzt und die Bedrohungen soweit als möglich vermieden werden (Vahs & Weiland, 2010, S. 90–92). Es empfiehlt sich, die Organisation (im vorliegenden Fall die KLB) aus der Optik einer konkreten Fragestellung zu analysieren, um möglichst präzise Anhaltspunkte zu erhalten und der Beliebigkeit der Resultate vorzubeugen. Bei der nachfolgenden SWOT-Analyse (vgl. Tabellen 2 und 3) wird das Augenmerk daher gezielt auf jene Aspekte gelegt, die geeignet sind, die Forschungsfragen (vgl. Kapitel 1.2) zu beantworten und einen Mehrwert für die KLB zu generieren.

Vorgehen

Tabelle 2 führt zuerst in deskriptiver Form die Stärken und Schwächen der KLB auf. Diese werden entlang der Struktur des Porträts der KLB vorgestellt:

- Organisation und Leitbild
- Dienstleistungsangebot, Datenverwaltung und -pflege
- Finanzierung und Mittelherkunft
- Mitarbeitende und Team
- Stakeholder und Vernetzung

Tabelle 3 führt anschliessend in deskriptiver Form die Chancen und Risiken, die sich aus der Umwelt ergeben, auf. Diese werden grundsätzlich entlang der politischen, soziokulturellen sowie rechtlichen Einflussfaktoren gemäss PESTEL-Analyse vorgestellt.

Stärken und Schwächen

Tabelle 2

Stärken-Schwächen-Analyse

STÄRKEN	SCHWÄCHEN
ORGANISATION UND LEITBILD	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gemäss Statuten sollen Informationen über Möglichkeiten zur Verhütung von Krebserkrankungen auf medizinisch-wissenschaftlicher Grundlage verbreitet werden (Krebsliga Bern, 2020), dies ist ein wichtiger Hinweis auf mögliche Public-Affairs-Strategien (vgl. Kapitel 2.2). ▪ Über den Vorstand ist die KLB grundsätzlich gut mit der Medizin und der Pflege vernetzt. ▪ Über die Krebsliga Schweiz ist die KLB in ein übergeordnetes Netzwerk integriert, das Ressourcen bereitstellt (etwa bei der IT, bei der Kommunikation und bei Kampagnen oder bei Fundraising-Aktivitäten). ▪ Die KLB verfügt über eine intakte Reputation, ein gutes Image und aufgrund eines ausformulierten Leitbilds und Werten über eine klare Identität. ▪ Gemäss Leitbild besteht die Bereitschaft zu Kooperationen mit Partnerorganisationen im Gesundheits- und Sozialwesen. ▪ Als Organisation verfügt die KLB über ein starkes Selbstverständnis und aussagekräftige Werte. ▪ Die ZEWO-Zertifizierung ist nach aussen ein wichtiges Zeichen des sorgfältigen Umgangs mit den Spendengeldern (zahlt auf das Vertrauen in die Organisation ein). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Im Vorstand hat kein Mitglied ein politisches / politikwissenschaftliches, betriebswirtschaftliches und / oder sozialarbeiterisches Profil. ▪ Die KLB ist bei den Stakeholdern (etwa Krebsbetroffenen, Medizin und Pflege) wenig bekannt (vgl. Kapitel 3.5). ▪ Im Leitbild sind Ansätze von Advocacy und Empowerment spürbar, diese sind jedoch aktuell eher subtil und indirekt formuliert²⁸ ▪ Die ZEWO-Zertifizierung ist nach innen mit relativ viel Dokumentationsaufwand verbunden.
DIENSTLEISTUNGSANGEBOT, DATENVERWALTUNG UND -PFLEGE	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die KLB verfügt über ein breites und flexibles Dienstleistungsangebot; sie organisiert regelmässig Veranstaltungen für Klient*innen, wofür sie mit externen Anbietenden zusammenarbeitet. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Dienstleistungen der KLB sind bei den Stakeholdern (etwa Krebsbetroffene, Medizin und Pflege) wenig bekannt.

²⁸ Beispiel 1 aus dem Leitbild: «Was uns antreibt: Wir unterstützen Krebsbetroffene bei der Bewältigung der Krankheit. Mit viel Energie, Engagement und Zuversicht suchen wir gemeinsam mit den Betroffenen Wege für eine möglichst hohe Lebensqualität.» Beispiel 2: «Unser Selbstverständnis: Wir sind eine unverzichtbare, verlässliche Partnerin im Versorgungsnetzwerk von Krebsbetroffenen im gesamten Kanton und die erste Anlaufstelle für alle nicht medizinischen Fragen rund um Krebs.» (Krebsliga Bern, 2022e).

STÄRKEN	SCHWÄCHEN
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Dienstleistungskommunikation erfolgt integriert über alle Kanäle (on- und offline). Dadurch wird eine konsistente Kommunikation gesichert. ▪ Eine Dienstleistung für Cancer Survivors befindet sich im Aufbau. ▪ Nexus sozial wird heute vermehrt als CRM eingesetzt, um (Kommunikations-)Massnahmen und Aktivitäten rund um Mitglieder, Spendende und / oder Gönner*innen oder andere Stakeholder besser steuern und evaluieren zu können. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In der Dienstleistungskommunikation werden in der Regel Botschaften eingesetzt, die eng im Zusammenhang mit der biologischen Dimension der Krebserkrankung stehen (Prävention). Die soziale und / oder die psychische Dimension werden wenig bis implizit eingesetzt. ▪ Patient*innendaten werden derzeit in Nexus sozial noch zu wenig und zu wenig systematisch erhoben, um verbindliche Aussagen zur Wirkung, Herkunft, zuweisenden Stellen und Bedürfnissen machen zu können (kein Reporting / Monitoring möglich).
FINANZIERUNG UND MITTELHERKUNFT	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die KLB verfügt über gesunde und solide Finanzen. ▪ Sie ist eingebettet in das schweizweite Krebsliga-Netzwerk (Spenden und Fundraising). ▪ Sie hat diverse Kooperationsverträge mit anderen Organisationen / Institutionen. Die Dienstleistungen werden in der Regel unentgeltlich erbracht. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die KLB ist stark fremdgesteuert/finanziell abhängig durch Spenden (hauptsächliche Finanzierungsquelle). ▪ Das Spendenvolumen stieg in den Jahren 2015-2019 kontinuierlich an, zeigt jedoch seit 2020 einen Abwärtstrend. ▪ Die Beiträge des BSV variieren seit Jahren nur marginal (allerdings machen diese Beiträge lediglich einen kleinen Teil der Erträge aus). Andere Beiträge der öffentlichen Hand existieren nicht. ▪ Die KLB hat derzeit keinen Leistungsvertrag mit dem Kanton Bern.
MITARBEITENDE UND TEAM	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die KLB besetzt eine Stelle im Bereich Kommunikation und Fundraising (Schwerpunkt operatives Geschäft, Marketingkommunikation, Kampagnen etc.). ▪ Die KLB profitiert in Sachen Medienarbeit, Fundraising, Kampagnen oder politische Kommunikation (Know-how und personelle Ressourcen) von der KLS. ▪ Es gibt bei der KLB kaum Fluktuation (stabiles Team mit einem guten Zusammenhalt). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ In der Kommunikation ist derzeit wenig Know-how im Bereich der politischen Kommunikation vorhanden (Rückgriff auf die KLS). ▪ Wenig Fluktuation kann auch zu einer eher starren und wenig veränderungsbereiten Organisation führen.
STAKEHOLDER UND VERNETZUNG	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die KLB ist Mitglied verschiedener (kantonalen und nationaler) Verbände und Organisationen. ▪ Die KLB hat ihre Stakeholder identifiziert und bis zu einem gewissen Punkt auch charakterisiert. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die KLB ist zwar Mitglied verschiedener Verbände und hat über die «Allianz gesunder Kanton Bern» an der kantonalen Gesundheitsstrategie mitgewirkt; nach aussen jedoch ist aktuell noch wenig proaktives Engagement spür- und wahrnehmbar, sich in Netzwerken anwaltschaftlich gezielter zu engagieren und integriertere Lösungen zu fordern / fördern. Die «Allianz gesunder Kanton Bern»

STÄRKEN	SCHWÄCHEN
	<p>selber ist ebenfalls derzeit noch wenig spür- und wahrnehmbar.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es fehlen aktuell Konzepte für die Charakterisierung der Stakeholder und Massnahmen/ein systematischer Stakeholdermanagement in Bezug auf die politische Kommunikation.

Chancen und Risiken

Tabelle 3

Chancen-Risiken-Analyse

CHANCEN	RISIKEN
POLITISCHE EINFLUSSFAKTOREN	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Politische (Kampagnen-)Arbeit im Kanton Bern könnte, gerade weil so viele Personen von Krebs betroffen sind, auf Sympathien stossen (wenn sie gut gemacht ist). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Politische (Kampagnen-)Arbeit von Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens ist immer mit gewissen Risiken behaftet (Reputation, Image, Einfluss auf Spendenverhalten). ▪ Das bürgerlich geprägte Parlament im Kanton Bern ist grundsätzlich wenig affin für sozial- und / oder gesundheitspolitische Offensiven.
SOZIOKULTURELLE EINFLUSSFAKTOREN	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die demografische Entwicklung sowie Zunahme an NCD und Krebserkrankungen könnte die Position der KLB stärken und stellt eine Chance für Konzepte der Integrierten Versorgung dar. ▪ Die KLB könnte die NCD-Strategie sowie die kantonale Gesundheitsstrategie stärker als Bezugspunkte aufnehmen, um Handlungen zu begründen und politische Aktionen zu fordern. ▪ Konzepte wie jenes der Gesundheitskompetenz oder die Paradigmenwechsel Richtung Prävention (statt Kuration), Gesundheitsförderung und Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV²⁹) könnte die Rolle der KLB stärken. ▪ Der Spendentrend «Krebs» ist weitestgehend ungebrochen. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der volatile Spendenmarkt erschwert Planungssicherheit (aktuell: Ukraine-Krieg). ▪ Es besteht eine gewisse Konkurrenz zwischen NPO im Spendenmarkt, da dieser nicht beliebig erweiterbar ist in der Schweiz.
RECHTLICHE EINFLUSSFAKTOREN	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zur Finanzierung einzelner Projekte lohnte sich die Prüfung des Experimentierartikels KVG oder die 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bei einem staatlich finanzierten Dienstleistungsangebot für Krebsbetroffene könnte der Handlungsspielraum beschränkt werden.

²⁹ PGV zielt darauf ab, präventive Interventionen in die Behandlung und Beratung zu integrieren und orientiert sich dabei am biopsychosozialen Ansatz. Die Massnahmen der PGV unterstützen einerseits die betroffenen Menschen dabei, ihre Gesundheit zu stabilisieren oder zu verbessern und ihre Ressourcen zu stärken; andererseits fördert sie die dazu notwendigen Rahmenbedingungen (<https://gesundheitsfoerderung.ch/pgv/grundlagen-der-projektfoerderung/praevension-in-der-gesundheitsversorgung.html>).

CHANCEN	RISIKEN
<p>Projektfinanzierungen durch die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz (GFCH).</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die Fragmentierung der rechtlichen Grundlagen erschweren die Durchlässigkeit der Dienstleistungen und Betreuung von Cancer Survivors.
WEITERES	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Die verstärkte Vernetzung und Partnerschaften mit Organisationen mit ähnlichen Absichten auf der Mesoebene ist möglicherweise ein ungenutztes Potenzial. ▪ Die Ergebnisse der REAS-Forschung haben das Potenzial, in die Positionierung und Argumentation der KLB einzuzahlen (ohne die Ergebnisse vorwegzunehmen). ▪ Zwischen dem Sozial- und Gesundheitswesen geteilte theoretische Bezugsmodelle sowie ein gemeinsames Verständnis zwischen den Professionen könnten die Position der KLB stärken (Interprofessionalität). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Der vorherrschende Medikalisierungsdiskurs erschwert das Einbringen von alternativen Perspektiven. ▪ Die Ausrichtung der Versorgung auf die Akutversorgung, akzentuiert durch den Medikalisierungsdiskurs, schwächt die Position der KLB. ▪ Eine unzureichende Koordination zwischen den Organisationen fördert das Entstehen von Redundanzen, Doppelspurigkeiten oder Versorgungslücken (primär Gefahr für Cancer Survivors).

Strategische Stossrichtungen

Nachdem die Stärken und Schwächen sowie die Chancen und Risiken identifiziert wurden, geht es in einem weiteren Schritt darum, diese zu bewerten sowie entsprechende Erkenntnisse respektive strategische Stossrichtungen für die KLB zu formulieren. Anhand der Ergebnisse der SWOT-Analyse wurden die nachfolgenden Ansatzpunkte entwickelt, die sich an Bickhoff orientieren (2008, S. 32ff, zit. in Vahs & Weiland, 2010, S. 91):

- Strategien, die sich aus der Verbindung Stärken und Chancen ergeben: konsequenter Einsatz von Stärken zur Nutzung von Chancen.
- Strategien, die sich aus der Verbindung Schwächen und Risiken ergeben: Einschränkung der eigenen Schwächen und Vermeidung von Risiken.
- Strategien, die sich aus der Verbindung Stärken und Risiken ergeben: Nutzung der internen Stärken zur (präventiven) Abwehr von Risiken.
- Strategien, die sich aus der Verbindung Schwächen und Chancen ergeben: Überwindung der eigenen Schwächen durch Nutzung von Chancen.

Diese strategischen Stossrichtungen sind Bestandteil der Handlungsempfehlungen, die zu Händen der KLB formuliert werden.

STOSSRICHTUNG 1: STÄRKEN UND CHANCEN

- Die KLB ist heute eine Organisation mit einer grundsätzlich intakten Ausgangslage hinsichtlich der eigenen organisationalen Strukturen, der Identität und Reputation sowie des internen (Vorstand und Geschäftsleitung) und externen Netzwerks (Mitgliedschaft in Vereinen und Verbänden, Vernetzung und bestehende Kooperationen), mit intakten Finanzen und bestehenden Kooperationsverträgen (auch wenn die Leistungen heute in der Regel noch unentgeltlich erbracht werden).
- Es bestehen intakte bis ideale Voraussetzungen, die Chancen, die sich aus der Umwelt ergeben, zu verwerten (demografische Entwicklung, Zunahme NCD, nationale und kantonale Gesundheitsstrategien, Konzepte wie Gesundheitskompetenz oder Integrierte Versorgung, Prävention in der Gesundheitsversorgung PGV, gemeinsame Bezugsmodelle wie das Gesundheitsdeterminantenmodell mit anderen Professionen).
- Mittel- bis längerfristig könnte die KLB innerhalb der Bildungslandschaft aktiver werden mit Blick auf geteilte theoretische Bezugsmodelle (etwas dem Gesundheitsdeterminantenmodell) und das gemeinsame Verständnis, zumal die Bildungsorganisationen respektive deren Abgänger*innen auch als Multiplikator*innen bezeichnet werden.

→ Aufgrund der idealen Ausgangsposition dürfte es für die KLB mit Hilfe gezielter Massnahmen und einem klaren Bekenntnis (des Vorstands) zu einer aktiveren (Aussen-)Politik und zu Strategien auf der Basis von wissenschaftlicher Evidenz (Politikberatung oder wie bereits erwähnt Advocacy) respektive dem Einbringen eines alternativen Gesellschaftsdiskurses möglich sein, das eigene politische Profil zu schärfen und sich mit Blick auf die Zukunft und mit dem Ziel einer soliden und langfristigen Finanzierung eines Angebots für Cancer Survivors strategisch aufzustellen.

STOSSRICHTUNG 2: SCHWÄCHEN UND RISIKEN

- Bei der KLB ist ein eher zurückhaltendes Verhalten mit Blick auf eine politisch aktive Rolle/Advocacy auf der Meso- und/oder Makroebene wahrnehm- und spürbar.
- Das Potenzial des Vorstands hinsichtlich Networking und Bekanntheit ist möglicherweise noch zu wenig ausgeschöpft. So könnten einzelne Vorstandsmitglieder den eigenen Einfluss im Gesundheits- und Sozialwesen noch stärker geltend machen und sich vermehrt anwaltschaftlich für die Rolle, die Bekanntheit sowie die Aufgaben der KLB (und damit deren Klient*innen) engagieren, denn: Stakeholdermanagement ist eine strategische Aufgabe (ebenso für PA oder Issues Management).
- Das Potenzial von Mitgliedschaften in Vereinen und Verbänden ist möglicherweise ebenfalls noch zu wenig ausgeschöpft, ebenso das Eingehen von strategischen Partnerschaften und Allianzen, entweder in bestehenden oder in neuen Verbänden.

- Überdies ist die Kommunikation in der Tendenz eher sachlich ausgerichtet (subtile Betonung der biopsychosozialen Dimension). Die aktuelle Kampagne der KLS nimmt den Aspekt der „Alltagsbewältigung“ auf, was auf eine ganzheitliche Betrachtungsweise hindeutet.

→ *Es steht ein politisch eher defensiver Vorstand einem wenig sozialpolitisch affinen Parlament, einem fragmentierten Sozial- und Gesundheitswesen, zunehmenden sozial- und gesellschaftspolitischen Herausforderungen, einer tendenziell unsicheren Finanzierung sowie einem dominanten Medikalisierungsdiskurs gegenüber. Die KLB könnte zunehmend in die Zuhilfenahmende-Rolle gedrängt werden und (zusätzlich) an Deutungshoheit verlieren. Den Umstand, dass sich die Organisation zu 90 Prozent über Spenden finanziert, was unternehmerisch einen kritischen Unsicherheitsfaktor darstellt, sollte die Organisation zum Anlass nehmen, entsprechende Szenarien zu entwickeln und die bisherige Aussenpolitik kritisch zu hinterfragen.*

STOSSRICHTUNG 3: STÄRKEN UND RISIKEN

- Die KLB besitzt grundsätzlich ein breites Liga-internes Know-how sowie solide organisationale Strukturen, wovon sie profitieren kann, um die Risiken (bürgerliches Parlament, volatiler Spendenmarkt, dominanter Medikalisierungsdiskurs...) zu bewältigen. Es gilt, diese Stärken gezielter und strategischer einzusetzen. Wie dies gehen kann, hat etwa die Tabakverbotsinitiative – schweizweit – gezeigt.
- Es empfiehlt sich, die Vorteile der eigenen Position mutiger zu nutzen, um allenfalls eigene (Versorgungs-)Strukturen aufzubauen und zu schaffen sowie den eigenen Handlungsspielraum ausschöpfen, statt auf die Politik «zu warten».
- Gleichzeitig ist es prüfenswert, flankierend politische Einflussnahme und Advocacy- respektive Public-Affairs-Aktivitäten zu initiieren auf der Basis konkreter Zielsetzungen.

→ *Das Antizipieren von Worst-case-Szenarien, etwa schwindende Finanzen, und das Entwickeln entsprechender Handlungsstrategien gehört zur Führung von Organisationen. Entsprechend gilt es für die KLB, sich auf die eigenen Stärken zu besinnen, um den Risiken und Herausforderungen der kommenden Jahre zu begegnen. Diese betreffen grösstenteils die Finanzierung. So empfiehlt es sich beispielsweise, im Rahmen der bestehenden Kooperationsverträge gewisse Leistungen künftig finanziell abgelten zu lassen, um damit eine alternative Finanzierungsquelle zu erschliessen. Weitere sind zu prüfen.*

STOSSRICHTUNG 4: SCHWÄCHEN UND CHANCEN

- Durch die demografische Entwicklung und die verschiedenen (nationalen und kantonalen) Strategien hat die KLB eine nahezu ideale Ausgangslage, die sie intern noch besser

verwerten könnte. Diese Chancen, die sich aus der Umwelt ergeben, spielen der KLB gewissermassen in die Hand, der eigenen Organisation ein politischeres Profil zu geben. Das «window of opportunity» (Gelegenheitsfenster) wird sich in der Tendenz eher noch weiter öffnen, weil NCD eher zu- als abnehmen.

- Die Erkenntnisse aus der REAS-Forschung könnten dabei unterstützen, Daten in Nexus sozial noch gezielter zu erheben für Reportings, die dann wiederum in der Kommunikation mit bestimmten Stakeholdern (Behörden, Politiker*innen, Gesundheitsakteure, Medien...) eingesetzt werden können.
- Das Wissen um die politische Kommunikation, Medienarbeit sind bei der Krebsliga Schweiz gepoolt. Um gezielt Advocacy in Form von PA betreiben zu können, würde es sich empfehlen, sich diese Expertise gezielt zu organisieren (allenfalls via das entsprechende Vorstandsmitglied, externe Begleitung oder Schulung).
- Die Botschaften zur psychischen und sozialen Dimension könnten situativ noch gezielter eingebaut werden.

→ Gerade mit Blick auf die nur schwer planbare Finanzierung ist ein vorausschauendes und proaktives Verhalten der Organisation, namentlich des Vorstands, zentral, um das eigene Angebot längerfristig sichern zu können. Image und Reputation der KLB helfen dabei, Partnerschaften einzugehen und / oder die Politik zu gewinnen. Gesundheitsligen wie die KLB haben durch ihre Ganzheitlichkeit und Interprofessionalität eine Art «Modellcharakter» im Feld der Integrierten Versorgung, um die gesundheitlichen Herausforderungen der Zukunft (im Bereich von Krebs) zu meistern; dies könnte die Rolle sein, in die die KLB längerfristig hineinwachsen könnte.

4.2 Fokusgruppengespräche

Das folgende Kapitel befasst sich mit dem zweiten empirischen Teil dieser Masterthesis: der Durchführung der beiden Fokusgruppengespräche. Fokusgruppen sind ein relativ ressourcenschonendes qualitatives Erhebungsinstrument. Es handelt sich dabei um ein moderiertes Diskursverfahren, bei dem eine Kleingruppe durch einen Informationsinput zur Diskussion über ein bestimmtes Thema angeregt wird. Strukturiert wird der Diskussionsprozess anhand eines Leitfadens, der als Orientierungshilfe für die Moderatorin dient und sicherstellt, dass alle relevanten Aspekte angesprochen werden. Der Leitfaden erhöht zudem die Vergleichbarkeit der Ergebnisse, wenn zu einer Fragestellung mehrere Fokusgruppen mit unterschiedlichen Teilnehmenden durchgeführt werden (Schulz, 2012, S. 9). Für die vorliegende Thesis wurden zwei Fokusgruppen mit unterschiedlichen Teilnehmenden, jedoch gleichem Leitfaden verwendet. Inhaltlich geht es in erster Linie um die Beurteilung von PA als Form von Advocacy durch bewusst und gezielt ausgesuchte Personen – konkret, ob diese Form von Advocacy für die

KLB zielführend und sinnvoll ist und mit welchen Risiken und Herausforderungen dabei allenfalls zu rechnen ist. Die Einschätzung durch die Befragten dient einerseits der Beantwortung der Forschungsfragen sowie andererseits der Erarbeitung von Handlungsempfehlungen an die Adresse der KLB.

Fokusgruppen werden im Forschungsprozess selten als eigenständige Methode eingesetzt, sondern beispielsweise zur Exploration quantitativer Erhebungen, das heisst zum Generieren (nicht Testen) von Hypothese (Schulz, 2012, S. 9–13). Vorteile von Fokusgruppen gegenüber dem Einzelinterview sind beispielsweise, dass durch die spontanen Äusserungen in der Gruppe neue Ideen stimuliert werden können, dass aufgrund des kollektiven Wissensbestandes einer Fokusgruppe leistungsfähiger als Einzelpersonen ist, dass es also zusammengefasst gruppenspezifische Effekte gibt, die das Engagement und die Auskunftsbereitschaft der Teilnehmenden positiv beeinflussen. Ein Nachteil ist der Faktor Zeit, bei Fokusgruppen bleibt für die einzelnen Personen relativ wenig Redezeit, so zum Beispiel für biografische oder persönliche Fragenstellungen (Schulz, 2012, S. 12–13), was aber vor den vorliegenden Fall keine Bewandnis hat. Für die vorliegende Thesis wurden Fokusgruppen, in Kombination mit einer Literaturrecherche sowie einer Umfeld- und Organisationsanalyse, als geeignetes Vorgehen erachtet, um die Forschungsfragen beantworten zu können.

Die Anzahl der Teilnehmenden bei Fokusgruppen liegt gemäss Schulz et al. (2012, S. 13) bei zwischen sechs und zwölf Personen. Nach Lamnek und Krell (2016, S. 408) gibt es dazu in der Literatur unterschiedliche Auffassungen, und es werden Gruppen mit drei bis über 20 Personen genannt. Deren Auswahl erfolgt in der Regel bewusst (nach Geschlecht, Lebensstil oder nach Beruf) (Schulz, 2012, S. 14) und nach homogenen sozioökonomischen und demografischen Merkmalen (vgl. Pelz et al., 2004; Flick, 2006: 181; Breitenfelder et al., 2004, zit. in Schulz, 2012), weil man sich hierbei die Stimulation ehrlicherer und offenerer Antworten erhofft (Schulz, 2012, S. 14). Für die vorliegende Thesis lag die Anzahl der Personen beider Gruppen, je nach theoretischer Auffassung, am unteren Limit respektive etwas darunter. Das Sampling wird im entsprechenden Kapitel beschrieben.

4.2.1 Gütekriterien

Die Frage, wie sich die Qualität qualitativer Sozialforschung bestimmen lässt, treibt die Wissenschaft seit Jahrzehnten um, und es existiert keine einheitliche Diskussion über einen allgemein akzeptierten Kriterienatz (Flick, 2014, S. 411). So ist die Reliabilität von Daten und Verfahren im traditionellen Sinne für die Bewertung qualitativer Daten eher ungeeignet; die identische Wiederholung einer Erzählung bei Interviews beispielsweise liefert nicht unbedingt einen Hinweis auf die Verlässlichkeit des Erzählten (Steinke, 1999; Kirk & Müller, 1986, zit. in

Flick, 2014, S. 412). Bei qualitativer Forschung ist eine genaue und möglichst vollständige Forschungsdokumentation zu empfehlen, in der detailliert festgehalten wird, warum welche Methode ausgewählt wurde, welche Entscheidungen im Forschungsprozess gefallen sind oder etwa, wie stimmig sie aufeinander bezogen sind (Flick, 2014, S. 420). In Bezug auf die Güte von Fokusgruppenbefunden besteht unter anderem Konsens darüber, dass Fokusgruppenprojekte ihr Forschungsdesign und die Auswertung offenlegen und transparent gestalten müssen, damit sie nachvollziehbar und somit auch kritisierbar sind (Schulz, 2012, S. 19). Deshalb wird nachfolgend das methodische Vorgehen im Rahmen der Fokusgruppengesprächen detailliert begründet und damit nachvollziehbar gemacht.

4.2.2 Vorbereitung

Der Ablauf eines Fokusgruppengesprächs kann in drei Hauptphasen unterteilt werden. In der ersten Phase geht es um die folgenden Schritte (Schulz, 2012, S. 15):

- Problemdefinition und Formulierung der Forschungsfragen
- Bestimmen der Gruppe
- Auswahl der Moderation (im folgenden Fall wahrgenommen durch die Autorin der Masterthesis)
- Erstellen des Leitfadens und des Stimulus' (Grundreiz, ein pointiertes oder provokantes Statement oder eine allgemein gehaltene Frage zu dem zu behandelnden Thema) (Lamnek & Krell, 2016, S. 390)
- Rekrutierung der Teilnehmenden

4.2.3 Erstellen des Leitfadens

Der Leitfaden ist das Instrument der Datenerhebung und grundsätzlich auch das Ergebnis einer Übersetzung des Forschungsproblems und der theoretischen Annahmen in konkrete Interviewfragen (Kaiser, 2014, S. 52). Für die vorliegende Thesis wurde der Leitfaden³⁰ entlang der Forschungsfragen konzipiert. In einem weiteren Schritt wurde die Reihenfolge der Forschungsfragen modifiziert, anschliessend wurden diese operationalisiert sowie in drei Themenblöcke unterteilt. Die Idee dieser Themenblöcke war es, sich vom Allgemeinen ins Spezifische vorzuarbeiten, um die Chancen und Risiken respektive den Nutzen von Advocacy und PA im konkreten Kontext von Organisationen des Sozial- und Gesundheitswesens sowie für die KLB zu beforschen. In Anlehnung an Kaiser (2014) soll der Gesprächsleitfaden das Gespräch strukturieren, indem er die Anzahl und die Reihenfolge der Fragen definiert. Der Ablauf der Fragen sollte einer nachvollziehbaren Logik folgen. Entsprechend des Grundsatzes der Offenheit sollte eine Abweichung vom Leitfaden in der konkreten Gesprächssituation, etwa durch Nachfragen, die zuvor nicht vorgesehen waren, ausdrücklich möglich sein (Semi-

³⁰ Siehe Anhang.

Strukturiertheit) (2014, S. 53). Im konkreten Fall diente der Leitfaden dazu, der Moderatorin Anhaltspunkte und Hilfestellungen für die bereits erwähnte Strukturierung der Diskussion zu geben und wichtige Aspekte nicht aus den Augen zu verlieren (Lamnek & Krell, 2016, S. 390).

4.2.4 Sampling und Rekrutierung der Teilnehmenden

Für die vorliegende Thesis wurden mit zwei Fokusgruppen Gespräche geführt. Alle Teilnehmenden wurden gezielt aufgrund homogener sozioökonomischer Merkmale und mit Blick auf das konkrete Erkenntnisinteresse gewählt. Es war beabsichtigt, mit den Gruppen eine «Innen- und Aussensicht» abzubilden (vgl. dazu die PESTEL- und die SWOT-Analyse) und dafür pro Gruppe vier Personen zu rekrutieren; dies mit dem Ziel, zu erforschen, ob diese Perspektiven zu unterschiedlichen Aussagen und Erkenntnissen führen würden und diese Erkenntnisse dann zu vergleichen. Zwei angefragte Personen (Direktorin einer Institution des Gesundheitswesens; ärztlicher Direktor eines Universitätsspitals), die beide für die Gruppe «Aussensicht» vorgesehen waren, konnten aufgrund einer stark ausgebuchten Agenda nicht teilnehmen. Hypothetisch kann angenommen werden, dass die Teilnahme einer (oder beider) der vorgenannten Personen zu entsprechenden gruppenspezifischen Prozessen geführt und so möglicherweise andere Ergebnisse hervorgebracht hätte. Die Absagen führten in der Folge zu einer homogeneren Gruppenzusammensetzung und wirkten sich auf die Auswertung der Aussagen aus, was in einem späteren Kapitel beleuchtet wird. Aus Gründen der Nachvollziehbarkeit und Unterscheidbarkeit werden die Gruppen vorderhand dennoch mit «Innensicht» respektive «Aussensicht» bezeichnet. Die angefragten Personen waren grundsätzlich aufgrund des eigenen beruflichen Netzwerks der Autorin gut zugänglich, und die Kontaktaufnahmen erfolgten selber direkt via E-Mail und/oder Telefon respektive via die Geschäftsführerin der KLB. Die Bereitschaft, an der Fokusgruppe zu partizipieren, war gross. Die befragten Personen sind (bis auf eine Person) Leitungspersönlichkeiten mit zum Teil langjähriger strategischer oder operativer Führungserfahrung. Sie kennen das Gesundheitswesen aus unterschiedlichen Perspektiven, haben teilweise direkten Patient*innenkontakt oder hatten diesen früher (Pflege, Medizin, SA). Es resultierten so die nachfolgenden Gruppen:

Gruppe 1 «Innensicht» (vier Personen)

- Innerer Kreis der Krebsliga (Bern)

Gruppe 2 «Aussensicht» (drei Personen)

- Berührungspunkte mit der Krebsliga oder anderen (Partner-)Organisationen des Gesundheitswesens
- Politisches Know-how respektive politik- und kommunikationswissenschaftlicher Hintergrund
- Expertise Public Health respektive Integrierte Versorgung (Pflege, Medizin, SA)

4.2.5 Durchführung

In der zweiten Phase wird die Diskussion durchgeführt. Eine Fokusgruppe dauert in der Regel zwischen anderthalb und drei Stunden. Die Qualität hängt massgeblich von der Fähigkeit der Moderatorin ab, alle Personen gleichermaßen einzubeziehen und zurückhaltende Personen zu animieren, die privaten Ansichten spielen keine Rolle. Als Kennzeichen einer erfolgreichen Moderation gilt ein lebendiges Gespräch, das in erster Linie von den Teilnehmenden getragen wird. Der Leitfaden dient der Moderatorin als Gedächtnisstütze, soll aber den Gesprächsverlauf nicht determinieren. Meist werden Fokusgruppen auditiv aufgenommen (Schulz, 2012, S. 15). Die Gespräche wurden Anfang April 2022 in den Räumlichkeiten der KLB in Bern durchgeführt und mittels elektronischer Geräte aufgezeichnet. Sie dauerten 1:54 Std. (Gespräch 1) und 1:22 Std. (Gespräch 2). Alle Teilnehmenden erhielten rund eine Woche vor der Durchführung einen Onepager³¹ mit Informationen zum Setting der Fokusgruppe zugestellt. Am Gespräch unterzeichneten sie eine Einverständniserklärung zur Verwendung und Auswertung der erhobenen Daten³². Der Leitfaden wurde den Teilnehmenden nicht zugestellt, weil davon ausgegangen wurde, dass eine Vorbereitung auf das Gespräch keine Voraussetzung darstellt, die Teilnehmenden über genügend Vorkenntnisse verfügen und eine natürliche Dynamik während des Gesprächs erwünscht ist. Vor der Diskussion begrüßte die Moderatorin die Teilnehmenden und erläuterte die Rahmenbedingungen und den Ablauf³³. Dabei wurde darauf hingewiesen, dass das Gespräch aufgezeichnet und die Aussagen pseudonymisiert werden, damit keine sozial erwünschten Aussagen und keine Rückschlüsse auf Personen gemacht werden können. Es folgte eine Vorstellungsrunde aller Teilnehmenden inklusive der Moderatorin, diese geschah jedoch entgegen Lamnek und Krell (2016, S. 413) nicht gegenstandsrelevant, weil die Gegenstandsrelevanz Teil der Einstiegsfrage (einschlägige Erfahrungen in der politischen und PA-Arbeit) und damit des Stimulus' war. Die beiden Gespräche wurden im Nachgang in Anlehnung an die Regeln von Kuckartz transkribiert (2018, S. 167).

Die Durchführung des ersten Gesprächs bot ein erstes Learning: So zeigte sich unter anderem, dass die Zuspitzung der Fragen (vom Allgemeinen zum Spezifischen) bisweilen etwas künstlich war respektive schwierig, auseinanderzuhalten und bereits bei den ersten Fragen die Ebenen durch die Teilnehmenden in der Beantwortung der Fragen vermischt wurden. Dies hatte zur Folge, dass vergleichbare Fragen in späteren Themenblöcken, die andere Felder beleuchten, zum Teil ähnlich beantwortet wurden und als redundant erschienen. Ebenso waren die einleitenden Kontextinformationen und die darauf aufbauenden Fragen zum Teil etwas lang, was dazu führte, dass letztere zum Teil wiederholt werden mussten. Aus pragmatischen Gründen und aufgrund der Länge des Gesprächs wurden in der Folge gewisse Fragen

³¹ Siehe Anhang.

³² Siehe Anhang.

³³ Siehe Anhang.

ausgelassen, weil sie nur unwesentlich mehr verwertbare Aussagen geliefert hätten und zum Teil bereits an anderen Stellen beantwortet worden waren. Die Durchführung beider Gespräche an zwei unterschiedlichen Tagen war somit insofern ein Vorteil, als dass mit Blick auf das zweite Gespräch bereits gewisse Anpassungen vorgenommen werden konnten. Im nächsten Kapitel wird unter anderem auf diesen Umstand und die daraus gezogenen Schlussfolgerungen ausführlicher eingegangen. Insgesamt schienen die veranschlagten 1.5 Stunden eher knapp bemessen angesichts der thematischen Komplexität, was sich auch in der finalen Länge insbesondere des erstens Gesprächs äusserte. Beide Gespräche zeichneten sich durch eine durchwegs konstruktive Gesprächsatmosphäre sowie durch ein grundsätzliches aktives Kommunikationsverhalten aus, die Teilnehmenden nahmen gegenseitig auf die geäußerten Argumente Bezug, sodass ein angenehmer Gesprächsrhythmus entstand. Gleichwohl blieb Raum für kontrastierende Argumente, die dann aber wiederum aufgenommen und kontextualisiert wurden.

4.2.6 Datenanalyse, Interpretation und Präsentation

In der dritten Phase des Ablaufs einer Fokusgruppe geht es um die Datenanalyse, Interpretation und Präsentation der Ergebnisse. Bis heute gibt es kein einheitliches Verfahren für die Auswertung von Fokusgruppengesprächen. Die Analyse sollte sich unter anderem am Erkenntnisinteresse, den verfügbaren Ressourcen und dem vorhandenen Material orientieren (Ruddat, 2012, S. 195); in der Regel beruht sie auf einem wörtlichen Transkript (vgl. Breitenfelder et al., 2004; Lamnek, 1995b; Littig & Wallace, 1997, zit. in Schulz, 2012, S. 17). In der Phase der Vor- und Aufbereitung der (aus den durchgeführten Fokusgruppengesprächen) erhobenen Daten konnte festgestellt werden, dass, wie bereits kurz beleuchtet, die Gruppenzusammensetzung dazu führte, dass an der Unterscheidung zwischen «Innensicht» und «Ausensicht» nicht mehr weiter festgehalten werden konnte, da die Beantwortung der Fragen in beiden Gruppen zu vergleichbaren und in weiten Teilen durchaus ähnlichen Aussagen geführt hatte. Beide Gruppen wurden daher nicht als *getrennte* Fälle (Cases), sondern als *ein* Fall behandelt und die Aussagen zwecks thematischer Auswertung zusammengeführt.

Die aus beiden Fokusgruppengesprächen erhobenen Daten wurden mit der inhaltlich strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse (deduktiv-induktive Kategorienbildung) nach Kuckartz ausgewertet, welche für den vorliegenden Fall besonders gut geeignet ist (2018, S. 96–98). Nach Kuckartz (2018, S. 63) hängt die Art und Weise der Kategorienbildung in starkem Masse von der Forschungsfrage, der Zielsetzung der Forschung und dem Vorwissen ab, das bei den Forschenden über den Gegenstandsbereich der Forschung vorhanden ist; je stärker die Themenorientierung, je umfangreicher das Vorwissen, je gezielter die Fragen, desto eher wird man bereits vor der Auswertung der erhobenen Daten Kategorien bilden können. Im vorliegenden Fall kam daher in Anlehnung an Kuckartz ein mehrstufiges Verfahren der

Kategorienbildung und Codierung zur Anwendung: In einer ersten Phase wurde grob entlang der Hauptkategorien (A-priori- respektive deduktive Kategorienbildung) codiert. Hierfür werden die bei der Inhaltsanalyse zum Einsatz kommenden Kategorien auf der Basis einer bereits vorhandenen inhaltlichen Systematisierung (etwa einem Interviewleitfaden) gebildet (Kuckartz, 2018, S. 64). In der nächsten Phase wurden die Kategorien am Material weiterentwickelt und ausdifferenziert (induktive Kategorienbildung). Das gesamte Datenmaterial wurde anschliessend in einem zweiten Materialdurchlauf erneut codiert sowie kategorienbasiert³⁴ ausgewertet (2018, S. 97). Dabei wurde die Software MAXQDA³⁵ eingesetzt.

Abschliessend wurde das Material in Anlehnung an die Methode der zentralen Aussagen (vgl. Zwick & Renn, 2002; Zwick & Schröter, 2011; zit. in Ruddat, 2012, S. 200) mittels zentraler Diskussionsaspekte strukturiert und für die vorliegende Masterthesis zusammengefasst. Als zentral gilt ein Diskussionsaspekt, wenn er wiederholt in der Gruppendiskussion auftaucht und von den Teilnehmenden in einer gewissen Tiefe und Breite besprochen wird (Häufigkeit und Relevanz) (Ruddat, 2012, S. 200).

5 Präsentation der Ergebnisse der Fokusgruppengespräche

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse aus den Fokusgruppengesprächen zuerst präsentiert, beschrieben (Deskription) und, wo angezeigt, mit Ankerzitaten unterlegt sowie dann mit der Literatur erweitert und interpretiert. Die Ergebnisse gliedern sich grundsätzlich in die drei thematischen Blöcke «Advocacy und Public Affairs sowie Soziale Arbeit», «Advocacy und Public Affairs im Gesundheits- und Sozialwesen» und «Advocacy und Public Affairs für die Krebsliga Bern». Dies entspricht dem Vorgehen während den durchgeführten Fokusgruppengesprächen, bei welchen sich vom Allgemeinen ins Spezifische vorgearbeitet wurde. Zum Einstieg und als Stimulus wurden alle Teilnehmenden nach ihren (beruflichen und/oder persönlichen) Erfahrungen in anwaltschaftlichem Handeln befragt. Damit wurde das Thema von Anfang an eingegrenzt, enggeführt und kontextualisiert, zudem fand ein erster gruppendynamischer Prozess im gegenseitigen Austausch statt. Alle Teilnehmenden berichteten über entsprechende Erfahrungen.

«Ich hatte meinen Vater jetzt zwei Jahre bei mir zu Hause. Langjähriger Kettenraucher, multimorbid, Morphinum nachts, und ich habe erlebt, wie viel von der Pflege, Betreuung überhaupt nicht finanziert ist, wieviel man auch eben anwaltschaftlich eintreten muss, um die Bedürfnisse irgendwie befriedigen zu können. Wieviel es braucht und wieviel

³⁴ Das Kategoriensystem befindet sich im Anhang.

³⁵ <https://www.maxqda.de>

Fachwissen man braucht. Und da bin ich sehr dankbar um all das, was ich weiss rund um die Spitex. Ich glaube, ich hätte nicht so vieles für ihn rausholen können, wenn ich das nicht gewusst hätte.» (Fokusgruppengespräch 2, Pos. 8).

5.1.1 Advocacy und Public Affairs sowie Soziale Arbeit

Deskription

Nach der Beantwortung des Stimulus' stellte die Moderatorin die grundsätzliche Frage nach dem politischen Auftrag der Sozialen Arbeit sowie, welche Rolle anwaltschaftliches Handeln sowie Instrumente wie PA im Alltag von Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens spielen. Die Interviewten sind grundsätzlich dafür, dass SA PA einsetzt und sich politisch Gehör verschafft. Dass beispielsweise die Gemeinnützigkeit und die Steuerbefreiung durch Politiker*innen in Frage gestellt wurden, wenn sich NPO politisch engagieren, wurde als bedenkliches Signal wahrgenommen. Insbesondere sozialarbeiterische Konzepte, wie etwa die Lebensweltorientierung, oder die Anliegen der SA wie Inklusion sind laut den Interviewten geeignet, um PA zu betreiben, und so wird die SA als wichtiger Pfeiler von PA beschrieben. Mit Blick auf die Cancer Survivors wird PA als geeignetes Instrument eingeschätzt, um auf die Unterstützung der Angehörigen, die (Bearbeitung der) soziale(n) Dimension, die geleisteten Koordinationsleistungen und die Vernetzung der involvierten Dienstleistenden hinzuweisen, damit sich die Betroffenen nicht verloren fühlen zwischen den Angeboten. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass diese sozialarbeiterische Arbeit finanziert werden müsste. Die Interviewten machten sich dafür stark, dass sich die Fachleute (der SA) zu festgestellten Lücken und Herausforderungen äussern können und von der Politik gehört werden sollten. Es wurde aber auch festgestellt, dass dazu ein Paradigmenwechsel nötig ist, der von der Gesellschaft selber und von der SA angestossen werden muss, damit es künftig gesellschaftlich anerkannt ist, dass SA PA betreibt. (Soziale) Probleme können in Wahrnehmung der Teilnehmenden nur *zusammen* und *zwischen* den Organisationen und Professionen gelöst werden können. Weil SA als Brückenbauerin wahrgenommen wird, könne sie dabei unterstützen, Komplexität zu reduzieren und zu steuern.

Interpretation

Die Ansicht der Interviewten, wonach SA PA einsetzen und sich politisch Gehör verschaffen soll, wird durch unterschiedliche theoretische Grundlagen gestützt: durch die historische Verwurzelung in der Armenpflege und -fürsorge (Gillich, 2013, S. 13), durch die politisch konstituierten Rahmenbedingungen sozialarbeiterischen Handelns und die Abhängigkeit der SA durch die Politik (Benz & Rieger, 2015, S. 9; Benz et al., 2014b, S. 8), abgeleitet durch verschiedene zentrale sozialarbeiterische Theorien (Rieger, 2013; Staub-Bernasconi, 2018; Thiersch, 2014) sowie durch grundlegende sozialarbeiterische Anliegen und Aufgaben

(Rieger, 2013; Urban-Stahl, 2018). Dass sich die Fachleute der SA öffentlich zu festgestellten Lücken äussern sollen, wird durch Gillich (2013, S. 21) bestätigt, der sagt, dass Parteilichkeit zum zwingenden Handeln wird, wo Entwicklungsmöglichkeiten und Handlungsspielräume von Menschen eingeschränkt werden und SA hier theoretisch fundiert und praktisch kompetent Stellung beziehen muss. Schmidt und Hustedt (2013, S. 132) wiederum untermauern, dass es das Recht und die Pflicht von Fachverbänden ist, ihre Anliegen deutlich zu machen, wenn diese Verbände nicht im eigenen Profitinteresse agieren, sondern als Anwälte derer handeln, die ihre berechtigten Interessen gar nicht anders zur Geltung bringen können. Vettori et al. (2015, S. 67) überdies halten fest, dass die Gesundheitsligen, wie die KLB, unter anderem vermehrtes politisches Lobbying betreiben sowie eine offiziellere Rolle in der Leistungserbringung spielen sollten, dort, wo sich Versorgungslücken auftun. In den Augen der Interviewten ist die SA eine Brückenbauerin, worauf auch Gillich (2013, S. 18–19) hinweist, wenn er sagt, dass SA eine Funktion als Mittlerin zwischen den Welten hat und damit eine Notwendigkeit besteht, die Sprache der Klient*innen sowie jene von Politik und Verwaltung zu sprechen.

Die Aussagen der Interviewten, wonach PA ein geeignetes Instrument mit Blick auf Cancer Survivors ist, wird theoretisch gestützt, um auf Folgendes hinzuweisen: die (Bearbeitung der) soziale(n) Dimension (Dahlgren & Whitehead, 1991; Heusser et al., 2017; Krebsliga Schweiz, 2021; Mehnert & Johansen, 2019; World Health Organization, 2022), die geleisteten Koordinationsleistungen (Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, 2019; Sperisen et al., 2021) und die Vernetzung der involvierten Dienstleistenden, damit sich die Betroffenen nicht verloren fühlen zwischen den Angeboten (Fitch, 2018; Heusser et al., 2017; Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, 2019; Vettori et al., 2015).

5.1.2 Advocacy und Public Affairs im Gesundheits- und Sozialwesen

Deskription

Für die Interviewten ist PA ein Instrument rund um die Beziehungspflege und das Management von unterschiedlichen Stakeholdern. In deren Augen braucht es ein Bewusstsein dafür, dass es unterschiedliche Interessen und Systemlogiken in der Umwelt von Organisationen gibt, es gilt folglich, diese zu berücksichtigen und zu wissen, wie sie funktionieren. PA ist für die Teilnehmenden in diesem Kontext auch ein legitimes Instrument zur Sicherung der eigenen Interessen gegenüber allen Stakeholdern (wer dies sein könnte, dazu später), da sich nur eine Organisation, die auf gesunden finanziellen Beinen steht, in den Augen der Interviewten für Krebsbetroffene einsetzen kann. Für die Interviewten ist es eine fundamentale Aufgabe von NPO, sich in der Politik anwaltschaftlich für Menschen und für Werte einzusetzen, die sonst nicht berücksichtigt würden, selbst dann, wenn sie über einen Leistungsvertrag mit dem Staat verfügen. Dies auch und insbesondere vor dem Hintergrund, da die SA im

Gesundheitswesen in den Augen der Interviewten stark durch die Medizin und die Psychologie vereinnahmt wird (Medikalisierungsdiskurs), es also auch darum geht, wie sich die SA mit ihren eigenen Ansätzen behaupten kann (Legitimierungsdiskurse), etwa in der Suchthilfe:

«Anwaltschaftliches Arbeiten finde ich auch wichtig in Bezug auf die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Diese Vereinnahmung von der Sozialen Arbeit durch die Medizin oder durch Psychologen, das ist ein Thema, wo ich im Moment auch unterwegs bin ... wie kann sich Soziale Arbeit in diesem Berufsfeld der Sucht behaupten mit ihren eigenen Ansätzen.» (Fokusgruppengespräch 1, Pos. 16).

Für die Interviewten besteht kein Widerspruch in der Erfüllung des gemeinnützigen Zwecks und des gleichzeitigen Einsatzes für Geld für die politische Tätigkeit, solange es sich dabei um einen kleinen Teil handelt. Gerade mit Blick auf die Betroffenen ist es laut den Interviewten wichtig, dass sich die Krebsliga mittels PA für gute Rahmenbedingungen einsetzt. Gleichzeitig stellt sich für die Interviewten die Frage, wo die Eigeninteressen anfangen respektive aufhören. Sie sind so etwa der Ansicht, dass eine Angst zwischen den Organisationen vor Machtverlust oder schwindender finanzieller Unterstützung besteht und ein Kampf etwa zwischen den Apotheken und den Hausärzten, bspw. bei der Abgabe von Medikamenten. Ähnliche Phänomene stellen sie zwischen den verschiedenen Gesundheitsligen fest: Auch hier besteht in ihren Augen ein Kampf um die finanziellen Ressourcen.

Auf die Frage, für welche Stakeholder die Organisationen PA betreiben sollen, antworteten die Teilnehmenden (keine Reihenfolge oder Priorität):

- (Pflegerische) Angehörige/Kernfamilie/soziales Umfeld
- Alle Menschen, die von Krebs betroffen sein können (kein Links-Rechts-Schema)
- Krebsbetroffene/Patient*innen/(arbeitnehmende) Cancer Survivors/Klient*innen
- Vulnerable Menschen ohne Ressourcen und die schlecht sichtbar sind/die Schwächsten/bildungsferne Krebsbetroffene mit Migrationshintergrund
- Organisationen selber

Diese Frage respektive deren Antworten haben einen direkten Bezug zur Hauptfragestellung (vgl. dazu Kapitel 6.1), die danach fragt, inwiefern PA als Form von Advocacy erfolgsversprechend ist, um ein Dienstleistungsangebot für Cancer Survivors längerfristig zu sichern. Es ist folglich naheliegend, dass als hauptsächliche Stakeholder Krebsbetroffene und das unmittelbare Umfeld genannt wurden. Aus einer sozialarbeiterischen Perspektive wenig erstaunlich, wurden ebenfalls Vulnerable mit wenig Ressourcen genannt. Laut den Interviewten sollen die

Organisationen auch PA um ihrer selber Willen betreiben. Inwiefern die Betroffenen selber sich PA durch die zuständigen Organisationen wünschen, wird im Kapitel 6.2 aufgenommen.

Interpretation

Die Interviewten haben festgehalten, dass PA ein Instrument rund um die Beziehungspflege und das Management von unterschiedlichen Stakeholdern ist, dies wird auch durch die Theorie belegt (Althaus, 2005; Hoffjann, 2015; Ingenhoff & Hugli, 2021); ebenso, dass es ein Bewusstsein für unterschiedliche Interessen und Systemlogiken in der Umwelt von Organisationen braucht und diese zu berücksichtigen sind (Krummenacher, 2019a). In der Literatur finden sich ebenfalls Belege dafür, dass es, wie von den Interviewten, geäußert, eine fundamentale Aufgabe von NPO ist, sich in der Politik anwaltschaftlich für Menschen und für Werte einzusetzen, die sonst nicht berücksichtigt würden (Benz et al., 2014b; Gillich, 2013; Krummenacher, 2019a), und eine sozialarbeiterische Sichtweise einzubringen angesichts des Umstands, dass die SA im Gesundheitswesen durch die Medizin und die Psychologie geprägt ist (Medikalisierungsdiskurs) (Moser, 2015; B. Schmidt, 2014; Stollberg, 2012).

Dass sich die Krebsliga laut den Interviewten mittels PA einerseits für gute Rahmenbedingungen für die Betroffenen einsetzt und Organisationen andererseits auch PA um ihrer selber Willen betreiben sollen, deckt sich mit der Theorie, wonach SA [respektive deren Organisationen; Anm. der Autorin] auch eigene fach- und berufspolitische Ziele verfolgt (Benz et al., 2014b; Rieger, 2013). Die geäußerte Frage, wo die Eigeninteressen (der Organisationen) anfangen respektive aufhören und die Aussage, dass eine Angst zwischen den Organisationen und ebenfalls zwischen den verschiedenen Gesundheitsligen vor Machtverlust oder schwindender finanzieller Unterstützung besteht, wird durch unterschiedliche theoretische Aussagen gestützt. Der Wettbewerb zwischen NPOs um finanzielle Mittel ist gemäss der Literatur dem Wandel des politischen Umfelds von NPOs geschuldet, dem Umstand, dass es für die Organisationen immer schwieriger wird, öffentliche Unterstützung in Form von Fördermitteln zu bekommen und es keine «besonderen Beziehungen» mehr zwischen Staat und NPOs, die Dienstleistungen im wohlfahrtsstaatlichen Auftrag erfüllen, gibt (Hallmann & Zimmer, 2016, S. 3). Zudem agieren immer mehr NPO auf dem Spendenmarkt (Hallmann & Zimmer, 2016, S. 3; Krummenacher, 2019b, S. 269–270), und Dietz (2013, S. 115) spricht gar von einer «gezielt herbeigeführten sozialpolitischen Entwertung der Verbände»: Indem diese zu Wettbewerbenden um kurzfristige Finanzierungen gemacht würden, würden sie politisch gegeneinander ausgespielt und müssten folglich ihre Ressourcen in besagten Wettbewerb investieren, statt die Politik öffentlich kritisieren zu können und für bessere Rahmenbedingungen der Finanzierung sozialer Leistungen zu kämpfen («zahnlose Tiger»). Dass die Grenzen zwischen den Eigeninteressen und jener der Betroffenen bisweilen fließend

erscheinen oder es vielleicht sogar sind, erstaunt angesichts dieser Rahmenbedingungen nur bedingt.

5.1.3 Advocacy und Public Affairs für die Krebsliga Bern

Deskription

Ob sich eine NPO ihre Unabhängigkeit und Freiheit bewahrt und sich mit Spendengeldern finanziert oder ob sie einen Leistungsvertrag mit dem Staat abschliesst mit klaren Auflagen, mit Reportings und einem Controlling, diese Frage stellt sich laut den Interviewten jeder NPO. Die Auflagen, die mit Leistungsverträgen verbunden sind, werden als sehr streng und mit viel Aufwand verbunden empfunden. Ebenfalls werden Leistungsverträge so eingeschätzt, dass die KLB dann nicht mehr entscheiden könnte, was sie anbietet (oder nicht mehr anbieten könnte, falls die Finanzierung wegfällt) und sich so quasi in «fremde Hände begibt». Indes besteht diese Gefahr ebenfalls bei einer Finanzierung durch Spendengelder. Würde es zu einem Leistungsvertrag mit dem Kanton kommen, so wäre es für die Interviewten wichtig, dass sich die KLB einen gewissen Handlungsspielraum erhalten könnte, was aber angesichts der aktuellen Regierung im Kanton Bern als schwierig beurteilt wird. Mit Blick auf den politischen Auftrag und Advocacy sind sich die Teilnehmenden einig, dass dennoch versucht werden müsste, einvernehmliche Konditionen auszuhandeln und die eigene Position auch bei den Verhandlungen zu vertreten; dazu wurde die Metapher des Brückenbauers verwendet, der sich beim Bau einer Brücke je nachdem ebenfalls kritisch äussere, selbst dann, wenn der Auftrag vom Kanton käme.

«Aber wenn wir wieder den Brückenbauer nehmen, der hat auch einen Auftrag des Kantons, und das finde ich eben ganz spannend, weil das kommt sofort, das ist bei uns so implementiert, die [Organisationen der Sozialen Arbeit] dürfen eigentlich nicht.» (Fokusgruppengespräch 2, Pos. 26)

Der KLB empfehlen die Interviewten, keine (generellen und umfassenden) Leistungsverträge abzuschliessen, sondern sich auf andere Finanzierungsquellen abzustützen (vgl. dazu Kapitel 6.1) respektive zu prüfen, ob der Kanton allenfalls punktuell, auf der Grundlage eines entsprechenden Konzepts, Leistungen finanzieren würde und sich die KLB so auf eine diversifizierte Finanzierung abstützen könnte zwecks Reduktion des Klumpenrisikos.

«Ich würde der Krebsliga sicher nicht empfehlen, mit Leistungsverträgen zu arbeiten, weil das Coole ist ja wirklich, dass sie sich das leisten kann, selber zu entscheiden, wo setzt man Prioritäten, was tut man.» Fokusgruppengespräch 2, Pos. 82

Interpretation

Die Aussagen der Interviewten zur Finanzierung der KLB via Spendengelder respektive öffentlichen Geldern via Leistungsvertrag ist tatsächlich eine Frage, die sich jede NPO laut der Theorie stellt, da deren Finanzierung in der Regel über private sowie öffentliche Beiträge (Mitgliederbeiträge, Leistungsverträge) oder private Zuschüsse (Geldspenden) passiert (Gitz & Zurkinden, 2012, S. 22). Nach Vettori et al. (2015) sind einzelne Gesundheitsligen zurückhaltend mit Blick auf mehr Mittel der öffentlichen Hand und äussern die Vermutung, die Abhängigkeit würde erhöht, der Spielraum eingeschränkt und das Klumpenrisiko erhöht. Das Verteilen der Risiken auf diversifizierte Quellen (= Finanzierungsmix) wird auch durch die Theorie belegt (Gitz & Zurkinden, 2012; Krummenacher, 2019a)

6 Diskussion

Die vorliegende auf die Praxis ausgerichtete Masterthesis ging der Frage nach, inwiefern PA eine erfolgsversprechende Form von Advocacy für die KLB zur langfristigen (öffentlichen) Finanzierung eines Dienstleistungsangebots für Cancer Survivors darstellt, welche Voraussetzungen seitens der KLB dafür erfüllt sein müssen und welche anderen Advocacy-Formen es dafür gibt. Aus diesem Grund wurden zuerst das Advocacy-Konzept, PA sowie das Themenfeld SA und Politik respektive Soziallobbying vorgestellt, anschliessend das Gesundheitsdeterminantenmodell von Dahlgren und Whitehead präsentiert sowie der Rahmen der Integrierten Versorgung umrissen und abschliessend die Phasen und Bedürfnisse von Cancer Survivors dargelegt.

Das folgende Kapitel gliedert sich in folgende vier Teile:

- Zuerst erfolgt die Beantwortung der Forschungsfragen, dies anhand der Theorie sowie auf der Grundlage der Erkenntnisse aus den Fokusgruppen, die kategorienbasiert und thematisch ausgewertet und in Anlehnung an die Methode der zentralen Aussagen (vgl. Kapitel 4.2.6) zusammengefasst wurden. Letzteres Vorgehen wurde gewählt, weil übergeordnete fallübergreifende Erkenntnisse mit dem Erkenntnisinteresse angestrebt wurden, theoriegeleitet und empirisch gestützt Möglichkeiten erfolgreichen Advocacys respektive PA zur (öffentlichen) Finanzierung eines koordinierten und passgenauen Angebots für Cancer Survivors aufzuzeigen. Wo angezeigt, wurden sogenannte Ankerzitate³⁶ (Auszüge aus den Fokusgruppentranskripten) eingesetzt, die eine Erkenntnis besonders prägnant und treffend wiedergeben (vgl. Ruddat, 2012, S. 202). Diese Ankerzitate wurden von der Autorin für diese Masterthesis aufbereitet (redaktionell leicht bearbeitet, gekürzt sowie pseudonymisiert).
- Anschliessend werden die Handlungsempfehlungen für die KLB präsentiert.

³⁶ Eine vollständige Übersicht der Ankerzitate befindet sich im Anhang.

- Es folgt die Diskussion der Ergebnisse und der Handlungsempfehlungen sowie des methodischen Vorgehens.
- Abschliessend folgen das Fazit sowie der Ausblick.

6.1 Beantwortung Forschungsfragen

Im folgenden Kapitel werden die Forschungsfragen beantwortet, die lauteten:

Hauptfrage:

- Inwiefern ist Public Affairs als Form von Advocacy auf der Meso- und Makroebene für die Krebsliga Bern erfolgsversprechend, um ihr Dienstleistungsangebot für Cancer Survivors langfristig finanziell zu sichern?

Unterfragen:

- Welche Voraussetzungen in Bezug auf die nachhaltige Finanzierung (Daten, Know-how, Infrastruktur usw.) müssen bei der Krebsliga Bern geschaffen respektive erfüllt sein?
- Welche alternativen Formen von Advocacy zu PA sind für die Krebsliga Bern geeignet?

Zur Beantwortung der Hauptforschungsfrage werden an dieser Stelle nochmals die im theoretischen Teil vorgestellten Definitionen von PA in Erinnerung gerufen. Sie haben gemein, dass sie den Fokus auf die *Beziehungspflege zwischen Organisationen und dem politischen Umfeld und System respektive der Politik, Regierungen, Parlamenten, Behörden und Gemeinden (Makroebene) legen* (Althaus, 2005; Hoffjann, 2015; Ingenhoff & Hugli, 2021) mit dem Ziel der *Legitimation und Interessendurchsetzung von NPO* (Hoffjann, 2015). Ebenfalls in diese Definitionen fällt die *Beziehungspflege zum sozialen Umfeld und zur Gesellschaft* (Althaus, 2005; Ingenhoff & Hugli, 2021) sowie zu *Verbänden und Institutionen (Mesoebene)* (Althaus, 2005).

Die *Hauptforschungsfrage* kann so beantwortet werden, dass PA als Form von Advocacy auf der *Makro- und der Mesoebene* für die KLB grundsätzlich erfolgsversprechend sein kann, um ein Dienstleistungsangebot für Cancer Survivors finanziell zu sichern. PA käme hier als Instrument der Legitimation und Interessendurchsetzung gegenüber der Politik zum Tragen (Hoffjann, 2015) mit der Absicht, so auf die Stakeholder einzuwirken, etwa mittels *Lobbyings* (Vettori et al., 2015), dass die KLB für sich und ihre Klient*innen gute Rahmenbedingungen für das eigene Wirken erzielen kann. Im Kontakt mit dem Kanton könnte PA laut den Interviewten etwa eingesetzt werden, um aufzuzeigen, dass die KLB ein «single point of contact» ist für die Betroffenen, dass die KLB zu ganz vielen verschiedenen Themen berät und informieren kann (Nebenwirkungen, Sozialversicherungen oder psychoonkologische Themen).

Die *indirekte Kommunikation* über Meinungsbildende und Medien mittels nicht-öffentlicher oder öffentlicher Kommunikation (Hoffjann, 2015; Ingenhoff & Hugli, 2021) sind ebenfalls Bestandteil einer solchen Kommunikationsstrategie (Start & Hovland, 2007). Angesichts des Spannungsfelds zwischen der Volatilität der Finanzierung (aktuell 90 Prozent über Spenden) (vgl. dazu Kapitel 3), der gleichzeitig zunehmenden Anzahl Cancer Survivors (vgl. dazu Kapitel 1) und der Rolle, die die KLB als Gesundheitsliga und NPO in diesem Setting wahrnimmt (Tschirky & Gibis, 2015), stellt sich die Frage, inwiefern das Abschliessen von Leistungsverträgen mit dem Staat mit Blick auf eine langfristige Finanzierung eine valable Möglichkeit darstellt, die der KLB mehr Planungssicherheit ermöglichte, jedoch mit der gleichzeitigen Gefahr eines Autonomieverlusts. Für die Interviewten ist deshalb eine ausschliessliche Finanzierung durch den Staat in Frage gestellt; empfehlenswert ist in ihren Augen ein Finanzierungsmix (durch Staat und Spenden oder andere) (Gitz & Zurkinden, 2012; Krummenacher, 2019a).

Wie bereits verschiedentlich dargelegt, sind für die KLB verschiedene Voraussetzungen damit verknüpft, erfolgreich PA, insbesondere zur langfristigen Finanzierung eines Dienstleistungsangebots für Cancer Survivors, betreiben zu können (Unterfrage 1³⁷). Das Herstellen von Kontext (Verbindung zur Umwelt der KLB), das Belegen von Wirkung und das Beschreiben eines schlüssigen Konzepts zur Erbringung der Dienstleistung sind einige Beispiele dafür. Die Interviewten benennen so die Voraussetzungen wie folgt (keine Priorität oder Reihenfolge) (= Beantwortung der Forschungsunterfrage 1):

Übergeordnet

- Aufzeigen, wo heute die Lücken in der Versorgung von Krebsbetroffenen existieren (Heusser et al., 2017; Kessler, 2021; Krebsliga Schweiz, 2021; National Research Council, 2006; Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK, 2019), verbunden mit dem Mehrwert der KLB
- Herleiten des genauen Bedarfs von Cancer Survivors an einer neuen, besonderen Dienstleistung (Nutzendendenperspektive) (Hochschule Luzern, 2021b)
- Wirkungsmessung (Vergleiche vorher/nachher); aufzeigen, wie Lebensqualität verbessert werden kann
- Statistiken (Anzahl der Personen, die die KLB jährlich berät; Anzahl der Personen, die im Kanton Bern eine Cancer-Survivors-Beratung brauchen würden)

³⁷ Welche Voraussetzungen in Bezug auf die nachhaltige Finanzierung (Daten, Know-how, Infrastruktur usw.) müssen bei der Krebsliga Bern geschaffen respektive erfüllt sein?

- Herausarbeiten mittels Daten, Evidenzen und Fakten, welchen Beitrag die KLB respektive die SA bei der Betreuung von Krebsbetroffenen leistet (Wirkung von Sozialer Arbeit; im Verbund mit Fachverbänden oder Hochschulen) (Dahlgren & Whitehead, 1991)
- Grundsätzlich: mögliche Partnerorganisationen oder Staat im Vorfeld fragen, welche Daten sie brauchen

Eigenes Angebot

- Aussagen zur Gestaltung und der Entwicklung des eigenen Angebots, zu Eigenleistungen und möglichen Kooperationen mit anderen Organisationen, eigenes Angebot gut beschreiben, die Besonderheiten herausstreichen, auch mit Blick auf PA- und Kommunikationsstrategien (Start & Hovland, 2007)
- Beschrieb eigenes Beratungsknow-how, spezifisches Pflegewissen zu Cancer Survivors muss vorhanden sein (Interprofessionalität im Team zwischen Pflege, SA etc.).
- Abklärungen dazu, was bereits an Angeboten vorhanden ist (Marktanalyse...)
- Was soll durch den Staat (oder andere Akteure) finanziert werden (Methoden, Gefässe, Angebote) und weshalb

Zusammenarbeit mit anderen Organisationen

- Geteilte Grundwerte und Basics
- Austausch von Informationen müsste möglich sein
- Möglichkeit, das Angebot der KLB in die bestehenden Strukturen einzufügen

Die zweite Forschungsunterfrage fragt danach, welche alternativen Formen von Advocacy zu PA für die KLB zur Finanzierung eines Dienstleistungsangebots für Cancer Survivors geeignet sind. Advocacy richtet sich gemäss Definition auf die Gestaltung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, auf die Verbesserung der Lebenslagen und Chancen benachteiligter und ausgegrenzter Gruppen und auf die Unterstützung einzelner Nutzenden (Urban-Stahl, 2018) (Makro- und Mikroebene). Nachdem in dieser Masterthesis die Mikroebene *nicht* behandelt wird, richtet sich der Blick folglich auf alternative Advocacy-Formen auf der Makro- respektive, gemäss Hauptforschungsfrage, der Mesoebene. Die Formen sollen darauf abzielen, die Rahmenbedingungen und Lebenslagen von Cancer Survivors zu verbessern und entsprechende Dienstleistungsangebote zu finanzieren. Gleichzeitig zielt PA, wie bereits dargelegt, gemäss theoretischem Verständnis auf die Beziehungspflege zwischen Organisationen und dem politischen Umfeld und System respektive der Politik, Regierungen, Parlamenten, Behörden und Gemeinden (Makroebene).

Alternativen zu identifizieren, hiesse folglich, auf der Makro- und Mesoebene Lösungen und Wege zu finden, wie das Dienstleistungsangebot anderweitig finanziert werden könnte (= ohne Staat) oder, welche Mischformen es allenfalls gäbe. Dazu antworteten die Interviewten wie folgt (keine Priorität oder Reihenfolge) (= Beantwortung der Forschungsunterfrage 2):

Tabelle 4

Alternativen zu Public Affairs

FORM	BESCHREIBUNG
Public und institutionelles Fundraising (Fonds und Stiftungen)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Spenden (bisherige Finanzierungsform) ▪ Tabakpräventionsfonds, Projektfonds Krebsliga Schweiz ▪ Paul Schiller Stiftung und weitere Stiftungen
Kooperationen mit Dritten	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsligen ▪ Spitex ▪ Gesundheitsförderung Schweiz
Unterstützung durch Privatpersonen	Finanzierung neuer Dienstleistungen/Modelle für vulnerable Gruppen durch zahlungswillige und -bereite Kundschaft

Ebenfalls erwähnt wurden die Gemeinden als mögliche Kooperationspartnerinnen (anstelle des Kantons); dabei würde es sich um klassische PA nach theoretischem Verständnis handeln (Althaus, 2005). Als Kommunikationsaktivitäten im weitesten Sinne wurden durch die Interviewten die Organisation von Patientenkongressen und Netzwerkanlässen genannt; zudem wurde vorgeschlagen, eine durch die KLB finanzierte Stelle in einer anderen Organisation/eine Vertretung vor Ort, etwa in einem Spital, aufzubauen mit dem Ziel der Bekanntmachung der Organisation und eines Multiplikationseffekts.

Die Antworten auf diese Unterfrage zeigen grundsätzliche (Kommunikations-)Formen der Sichtbarkeit, Bekanntmachung, Multiplikation und Vernetzung der KLB und deren Dienstleistungsangebot, die sich gegenseitig nicht zwingend ausschliessen, sondern ergänzen können (Ingenhoff & Hugli, 2021, S. 105). Dies könnte darauf hindeuten, dass PA sinnvollerweise im Verbund mit anderen Massnahmen erfolgt und es für eine Organisation zielführend sein kann, die eigene Strategie auch entsprechend auszugestalten und sich nicht auf ein Instrument alleine abzustützen. PA zielt auf Einfluss und Wirkung, und entsprechende Strategien operieren nicht im luftleeren Raum und ohne Ziel. Ausgangspunkt für die KLB ist es folglich, sich zuerst über das Ziel (= Finanzierung eines Dienstleistungsangebots für Cancer Survivors) sowie die entsprechend zielführende Strategie bewusst zu werden.

6.2 Handlungsempfehlungen an die Krebsliga Bern

Bei der vorliegenden Thesis handelt es um eine an die Praxis gerichtete Arbeit, weshalb sich dieses Kapitel den Handlungsempfehlungen für die KLB widmet. Diese orientieren sich an den strategischen Stossrichtungen gemäss Kapitel 4.1.3. Zudem fliessen Erkenntnisse aus

den Fokusgruppengesprächen ein. Die Handlungsempfehlungen zeigen grobe Anhaltspunkte auf. Aus Gründen des Umfangs dieser Thesis wurde kein Konzept mit ausformulierten Massnahmen verfasst. Letzteres müssten in einem weiteren Schritt ausgearbeitet, die Massnahmen gemeinsam mit der KLB priorisiert sowie anschliessend umgesetzt werden.

STOSSRICHTUNG 1: STÄRKEN UND CHANCEN - HANDLUNGSFELDER

ANPASSEN LEITBILD

- Dimension «Mikroebene/Betroffene»:
 - aktiver und aussagekräftiger formulieren: nicht nur die Betroffenen, sondern auch das Umfeld in die Aussage miteinbeziehen
 - statt «Energie, Engagement und Zuversicht» → Empathie und Professionalität; wir suchen im System und mit anderen Partnerorganisationen Lösungen und Wege... wir befähigen Krebsbetroffene...
- Dimension «Mesoebene»:
 - ergänzen mit einer Aussage wie beispielsweise «wir vernetzen uns aktiv und suchen gemeinsam im Versorgungsnetzwerk integrierte und koordinierte Lösungen...»

GEMEINSAME / GETEILTE INHALTE IN BACHELOR-STUDIUM (RÜCKMELDUNG DER INTERVIEWTEN)

- Gemeinsame Ausbildungsinhalte im ersten Bachelor-Studienjahr für die Professionen der Grundversorgung (Medizin, Pflege, Pharmazie, SA, Physiotherapie und Ergotherapie), die zunehmend die vulnerablen Gruppen behandeln mit komplexen Geschichten (Kommunikation, Aufbau des Gesundheitswesens, Rechtliches, Versicherungen, Sozialwesen).

«Ich habe einfach erlebt in diesen dreissig Jahren, dass zunehmend eine Zweiklassenmedizin entsteht, und die Grundversorgung ist für die zweite Klasse zuständig. Es hat so viele vulnerable Menschen gegeben, auch die ganze Migrationsgeschichte kommt dazu, und ich denke, dort sollte man mehr Kooperationen herausbilden können.» (Fokusgruppengespräch 2, Pos. 65)

STOSSRICHTUNG 2: SCHWÄCHEN UND RISIKEN - HANDLUNGSFELDER

STAKEHOLDER

- Segmentierung nach anderen (zusätzlichen) Gesichtspunkten; Politiker*innen als Multiplikator*innen identifizieren
- Modelle wie das «Salience»-Stakeholderkonzept (Mitchell, Agle & Wood, 1997) berücksichtigen, das Stakeholder nach den drei Dimensionen Macht (power), Legitimität (legitimacy) sowie Dringlichkeit (urgency) unterteilt

- Charakterisieren der Stakeholder nach Priorität (Saliency); welche Stakeholder sollen bis wann wie und durch wen bearbeitet werden; klare Ziele und Zuständigkeiten innerhalb des Vorstands
- Strategisches Besetzen des Vorstands mit einer Person, die ein politisches Profil mitbringt
- Eingehen von strategischen Partnerschaften mit Akteuren im Versorgungsgebiet (siehe auch Tabelle «Elemente einer PA-Strategie») (Rückmeldung der Interviewten)

STOSSRICHTUNG 3: STÄRKEN UND RISIKEN - HANDLUNGSFELDER

PA-KONZEPT UND -STRATEGIE (RÜCKMELDUNG DER INTERVIEWTEN)

- Die Interviewten wurden danach gefragt, welche Chancen und Risiken ihrer Meinung nach entstehen, wenn die SA respektive Organisationen des Sozial- und Gesundheitswesens PA betreiben (ist sich die KLB dieser Chancen und Risiken bewusst, so kann ein entsprechendes PA-Konzept erarbeitet werden, siehe den nächsten Bulletpoint) (keine Reihenfolge oder Priorität) (Tabellen 5 und 6).

Tabelle 5

Chancen von Public Affairs

	SA	ORGANISATIONEN GESUNDHEIT- UND SOZIALWESEN
CHANCEN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Anliegen umsetzen und Einfluss auf die Politik nehmen, um im Sinn der Sache etwas zu verbessern. ▪ Paradigmenwechsel anstreben ▪ Als Profession sprechen (die Fachgesellschaften müssten sich besser organisieren) ▪ Wirkungserzielung, wenn die Argumente und Massnahmen evidenzbasiert sind und Zahlen und Wirkungen aufgezeigt werden können 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mut, sich klar zu äussern, stärkt das Profil und die Glaubwürdigkeit, und in der Folge kann man mehr erreichen. ▪ Auswirkung auf Spenden und Spendenverhalten³⁸ (Spender*innen nehmen es wohlwollend zur Kenntnis, dass sich die Krebsliga politisch einsetzt, weil es die Betroffenen selber ja nicht machen oder können; durch gute PA bekannter werden und mehr Spenden erhalten; Bekanntheitsgrad der Krebsliga durch PA direkt und indirekt steigern, um so an mehr Spenden zu kommen; durch PA lernt man mehr Personen kennen, erweitert das Netzwerk, und so kommt man zu mehr Spenden (PA als Investition) ▪ Erfolg bei faktenbasierter Kommunikation, Zahlen und Wirkungen aufzeigen

³⁸ Diese Aussagen können ein Hinweis darauf sein, dass PA-Massnahmen einerseits als Mittel zum Zweck angesehen werden und/oder im Verbund mit anderen Kommunikationsmassnahmen eingeordnet werden respektive, dass das Angewiesensein auf Spenden stark zur DNA der Krebsliga gehört.

Tabelle 6*Risiken von Public Affairs*

	SA	ORGANISATIONEN GESUNDHEIT- UND SOZIALWESEN
RISIKEN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reputationsschäden, wenn PA nicht professionell, glaubwürdig und sorgfältig gemacht wird. ▪ Es entsteht der Eindruck, man mache es nur für die eigene Finanzierung. ▪ Man wird nicht ernst genommen. ▪ Öffentlichkeit denkt, man übertreibe. ▪ Sobald die SA die Absenderin gewisser Anliegen ist, ist es schwierig, durchzukommen. ▪ SA wird nicht (oder zu wenig) als wissenschaftliche Disziplin angeschaut, wenn Anliegen oder Forderungen geäussert werden, dann werden diese in der (politisch) linken Ecke «versorgt» und sind dann bereits politisch gefärbt, obwohl Daten oder Evidenzen vorliegen → daher muss PA, wenn die Absenderin die SA ist, fundiert sein (noch fundierter als bei den Naturwissenschaften) ▪ Politisches Links-Rechts-Schema als Risiko für PA der Sozialen Arbeit 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ungeschicktes oder unsorgfältiges Verhalten führt zu Spendenrückgang und Reputationsverlust. ▪ Wenn keine Klarheit darüber herrscht, wie die eingegangenen Spendengelder eingesetzt werden, Reputationsverlust³⁹ ▪ Reputationsrisiken bei schlechtem Management (es braucht ein gutes Risk Management). ▪ Bei divergierenden Aussagen innerhalb der Krebsligen negative Auswirkungen auf die Glaubwürdigkeit. ▪ Politische Vorstösse, dass das politische Engagement dazu führt, dass die Steuerbefreiung der NPO verloren geht. ▪ Verzettelung der Kräfte, wenn innerhalb der Krebsligen keine Einigkeit. ▪ Uneinheitliche Wahrnehmung in der Bevölkerung, bei der Politik, bei anderen Fachorganisationen. ▪ Gewisse Argumente führen dazu, dass man in der politisch «linken Ecke» versorgt wird ▪ Jeder Kanton hat andere Regelungen, es wird schwierig, an einem Strang zu ziehen, gewisse Ligen bekommen Geld vom Kanton, andere nicht (Ungleichbehandlung). ▪ Backlash bei schlechter PA auf die Lohnstruktur, Entschädigungen etc.

- Erarbeiten eines PA-Konzepts⁴⁰ mit Zielen, Zielgruppen, einer Strategie (Start & Hovland, 2007) sowie Massnahmen; gemäss den Interviewten sind dabei die folgenden Punkte relevant und bilden sich in einer solchen Strategie ab (keine Priorität) (Tabelle 7):

Tabelle 7*Elemente einer PA-Strategie*

ELEMENT	BESCHRIEB
Allianzen	<i>«Ich habe die Erfahrung gemacht, dass geteilte Macht häufig als Ganzes mehr Macht gibt, aber diese Erfahrung muss man eben machen.» (Fokusgruppengespräch 2, Pos. 44)</i>

³⁹ Dies sollte in erster Linie bei einem Risk Management rund ums Fundraising mitberücksichtigt werden.

⁴⁰ Hier findet eine Generalisierung statt, die Ergebnisse können auf andere Organisationen übertragen werden.

ELEMENT	BESCHRIEB
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bündeln der Kräfte; Allianzen und Zusammenarbeit in der Grundversorgung mit anderen Akteuren und Professionen, NGOs, Fachgesellschaften ▪ Mit jenen Akteuren zusammenspannen, die einem wohlgesonnen sind.
Fokus	<p><i>«Ich bin überzeugt, dass es eigentlich einen Kümmerer oder eine Kümmererin brauchen würde im Gesundheitswesen.» (Fokusgruppengespräch 2, Pos. 82)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wissen, wofür man Geld fordert und wo man Freiwillige einsetzen kann, etwa Kümmerer/Kümmererin (vgl. dazu das Kapitel 2.6.3) (Sperisen et al., 2021) oder den Peer-Ansatz⁴¹ ▪ Sich thematisch fokussieren, eingrenzen und mit anderen Akteuren konzentrieren ▪ Politische Forderungen umsichtig stellen, den Karren nicht überfrachten; PA in kleinen Etappen, kleinen Paketen schnüren ▪ Abwägen von Reputationsrisiken, wenn man politisch aktiv wird
Gelegenheitsfenster	Anknüpfen bei bestehenden Strategien (kantonal und national)
Kommunikation	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Drei Stufen der politischen Arbeit: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensibilisierung (Missverständnisse klären, Praxisalltag, Informationen bereitstellen...) ▪ Einflussnahme im Rahmen der Möglichkeiten ▪ Identifikation von Lücken, Themen auf die politische Agenda nehmen, proaktiv Einfluss nehmen ▪ Wenn möglich, das direkte Gespräch mit allen Akteuren suchen ▪ Kommunikation mit Blick auf das Profil, die Positionierung, die Tonalität, die Wertebasierung und das geografische Einzugsgebiet schärfen; Dokumentation von konkreten Beispielen in der Kommunikation / in PA nutzen ▪ Sein Gegenüber und seine Zielgruppe kennen, auch politisch ▪ Faktenbasierte Kommunikation / PA / Lobbying machen, um erfolgreich zu sein ▪ Einsetzen von Testimonials ▪ Nutzen des 65-Jahre-Jubiläums
Krebsligainterne Zusammenarbeit	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Krebsliga-interne Abstimmung und Suchen von Synergien (Rollen national und regional) ▪ Vorstand und Geschäftsleitung der KLB ziehen in dieselbe Richtung; interne Abstimmung mit Kommunikation und dem Beratungsteam

⁴¹ Peers sind «Expert*innen aus Erfahrung». Ihr Erfahrungswissen kann für Menschen in einer ähnlichen Situation hilfreich sein (vgl. «Evivo», das peer-basierte Selbstmanagementprogramm (<https://www.spectra-online.ch/de/spectra/news/Gesundheitskompetenz,%20chronische%20Krankheiten%20und%20peer-to-peer%20healthcare>)-446-29.html).

STOSSRICHTUNG 4: SCHWÄCHEN UND CHANCEN - HANDLUNGSFELDER**KOMMUNIKATION UND BOTSCHAFTEN**

- In der Kommunikation werden in der Regel Botschaften eingesetzt, die eng im Zusammenhang mit der biologischen Dimension der Krebserkrankung stehen (Prävention); Botschaften zur psychischen und sozialen Dimension könnten noch gezielter eingebaut werden (je nach Stakeholder).

NATIONALE STRATEGIEN UND FORSCHUNG

- Bezug zu nationalen Strategien (siehe Tabelle «Elemente einer PA-Strategie»)
- Bezüge zur REAS-Forschung (Rückmeldung der Interviewten)

6.3 Diskussion Ergebnisse und Handlungsempfehlungen

Der Diskurs rund um das Schweizer Gesundheitswesen wird seit vielen Jahren stark kosten- und wettbewerbsgetrieben geführt. Akteure des Gesundheits- und Sozialwesens wie die KLB bewegen sich zwischen den verschiedenen Systemen und deren Logiken: Sie handeln (im Auftrag der Politik) gleichzeitig nach betriebswirtschaftlichen und (im Auftrag der Gesellschaft) nach ganzheitlichen sowie anwaltschaftlichen Grundsätzen. Gleichwohl stellen sie fest, dass ihre Perspektive und Expertise, verglichen mit dem deutlichen dominanteren Medikalisierungsdiskurs, kaum gehört und verstanden werden. Im Rahmen von Konzepten der Integrierten Versorgung und angesichts der Zunahme von chronisch Kranken nähmen ebendiese Organisationen allerdings eine zentrale Rolle ein.

Es stellt sich folglich die Frage, wie es der KLB gelingen kann, sich vermehrt politisch einzubringen und den eingangs erwähnten Diskurs aktiver und selbstverständlicher mitzuprägen. Voraussetzung dafür ist unter anderem eine organisationsinterne Auseinandersetzung mit dem organisationalen Selbstverständnis und in der Folge mit der Frage, ob die politische Strategie, die sie verfolgt, sich in der Typologie von Start & Hovland eher an Kooperation oder Konfrontation orientiert. Verbunden damit ist die Notwendigkeit der Kenntnisse bestimmter Instrumente der politischen Beziehungspflege (vgl. Kapitel 2.3). Weiter dürfte eine KLB-intern geführte Auseinandersetzung mit dem eigenen politischen Mandat zielführend sein, die sich ebenfalls der Frage widmet, inwiefern Cancer Survivors Advocacy durch die KLB wünschen und brauchen. Im Rahmen der Gespräche stellten die Interviewten fest, dass Krebsbetroffene heute dank des medizinischen Fortschritts überleben, jedoch immer krank sind. In ihren Augen ist dieser Umstand der Öffentlichkeit und den Politiker*innen aber nicht bekannt, und diese können sich nach Aussagen der Interviewten auch nicht vorstellen, was das konkret bedeutet. Dies kann als Votum für PA, jedoch auch für umfassende Kommunikations-

massnahmen verstanden werden mit dem Ziel der Information, Aufklärung und des Schaffens von Verständnis für die Umstände von Cancer Survivors.

«Früher gab es diese Personen gar nicht, die sind einfach gestorben. Dank des medizinischen Fortschritts gibt es diese Gruppe. Ich habe Klientinnen und Klienten, die begleite ich schon 20 Jahre, und sie sind aber immer krank. Sie haben immer Therapien. Das weiss die Öffentlichkeit gar nicht. Man hört einfach, die Überlebenschancen sind viel besser, Krebs wird zu einer chronischen Krankheit. Was das konkret heisst für die Leute, das können sich die wenigsten vorstellen. Vor allem nicht die Politikerinnen und Politiker.» (Fokusgruppengespräch 1, Pos. 94)

In den Augen der Interviewten erreicht die KLB nur einen Bruchteil aller Krebsbetroffenen, weil viele die KLB und ihr Angebot nicht kennen. Auch diese Aussage kann als Votum für Kommunikationsmassnahmen verstanden werden, indes vor allem für die KLB als Organisation sowie ihr Dienstleistungsangebot. Mit PA-Massnahmen soll laut den Interviewten aufgezeigt werden, dass es sinnvoll und notwendig ist, dass auch die ganzen sozialarbeiterischen Leistungen bezahlt werden zu Gunsten von Cancer Survivors. Eine weitere Intention ist es, damit die Rahmenbedingungen für Cancer Survivors zu verändern. Für die Interviewten ist somit klar, dass das Kämpfen für die Betroffenen im Vordergrund steht (und, dass diese diese Form von Advocacy brauchen). Dass für Cancer Survivors nicht zuletzt die fehlende Koordination zwischen den Dienstleistenden eine Herausforderung darstellen kann, dies ist verschiedentlich belegt (Fitch, 2018; Heusser et al., 2017; Hochschule Luzern, 2021b; Kessler, 2021; Krebsliga Schweiz, 2021). Ob und in welcher Form sie sich Advocacy in Form von PA durch eine Organisation wie die KLB wünschen, dies könnte im Rahmen einer quantitativen Befragung erhoben werden, um so die Ansichten und Bedürfnisse der Nutzenden partizipativ abzuholen (vgl. Kapitel 5.1.2).

Die Handlungsempfehlungen wiederum greifen die Handlungsfelder Leitbild, geteilte Inhalte in Bachelor-Studiengängen, Stakeholder-Management, PA-Konzept und -Strategie, Kommunikation und Botschaften sowie Nationale Strategien und Forschung auf. Jedes Feld für sich genommen bindet Ressourcen und sollte aufgrund der gegenseitigen Bezüge oder gar Abhängigkeiten (etwa Stakeholder-Management, PA-Konzept und -Strategie und Kommunikation und Botschaften) umsichtig und ganzheitlich angegangen werden. Diese Handlungsfelder bedingen die Allokation entsprechenden professioneller Ressourcen in Kommunikation und Politik und sind kaum ausschliesslich durch Freiwilligenarbeit im Vorstand zu leisten.

6.4 Diskussion des methodischen Vorgehens

Das Ziel der vorliegenden Masterthesis war es, theoriegeleitete und empirisch gestützte Möglichkeiten erfolgsversprechenden Advocacys respektive PA zur (öffentlichen) Finanzierung eines Dienstleistungsangebots für Cancer Survivors aufzuzeigen. Die Empirie bestand aus zwei Teilen: einer Umfeld- und Organisationsanalyse der KLB sowie aus zwei Fokusgruppengesprächen. Im Folgenden werden beide Teile einer kritischen Würdigung unterzogen.

6.4.1 Umfeld- und Organisationsanalyse

Zum Zwecke der Umfeld- und Organisationsanalyse wurden PESTEL, das SGMM sowie die SWOT-Analyse eingesetzt. Das SGMM wurde primär mit Blick auf die Analyse der Stakeholder eingesetzt, jedoch auch zur Darstellung des zentralen Zusammenspiels zwischen der Organisation und ihrer Umwelt respektive des Umfelds. Dazu hat es sich grundsätzlich gut bewährt. Alternativ hätte das Freiburger Management-Modell für NPO⁴² (FMM) beigezogen werden können, welches spezifisch Organisationen des Dritten Sektors adressiert. Nachdem heute viele NPOs einem sozial-engagierten Unternehmensmodell verpflichtet sind, orientieren sie sich in ihrer Arbeitsweise und Mittelakquise eher an Verfahren, die an Vorgehensweisen und Modelle aus der Wirtschaft angelehnt sind, was sich auch in der Terminologie ausdrückt (Hallmann & Zimmer, 2016, S. 3). Die Grenzen zwischen NPO und Profitunternehmen verschwimmen so zunehmend, weshalb in diesem Kontext auch oft von sogenannten «hybriden Organisationen» oder von unterschiedlichen Graden der Hybridisierung gesprochen wird (Wahli & Giroud, 2017, S. 27). Die Grenzen wiederum zwischen Modellen der Analyse vermischen sich entsprechend ebenfalls. All dies sprach für das SGMM im vorliegenden Case.

Die SWOT-Analyse wird von den Sozialwissenschaften zur Bewertung spezifischer Situationen genutzt, und sie kann zur Vorbereitung von Entscheidungs- und/oder Explorationsprozessen eingesetzt werden (Wollny & Paul, 2015, S. 200). Sie unterstützt die Suche einer Organisation, im vorliegenden Fall die KLB, nach einer strategischen Kongruenz (Fit) zwischen dem, was die verschiedenen Stakeholder verlangen und dem, was das Unternehmen in Form von Dienstleistungen leisten kann (Wollny & Paul, 2015, S. 192). Ihre Schwäche liegt gleichzeitig in der fehlenden oder geringen Formalisierung, und es besteht die Gefahr einer willkürlichen und/oder unvollständigen Festlegung von Bewertungskriterien (Wollny & Paul, 2015, S. 190). Für die vorliegende Thesis stellte sich die SWOT grundsätzlich als zielführende Methode heraus, die Anhaltspunkte für strategische Stossrichtungen lieferte und eine Verbindung

⁴² <https://www.vmi.ch/de/forschung/fmm/>

zwischen Organisation und Umwelt ermöglichte. Sie erhebt jedoch nicht den Anspruch auf abschliessende Schlüsse und sollte kontextbezogen konsultiert werden.

6.4.2 Fokusgruppen

Aufgrund der limitierten zeitlichen Ressourcen für die Erarbeitung der Masterthesis und aus forschungsökonomischen Gründen erwiesen sich die beiden Fokusgruppen als substantielle und wertschöpfende Quellen, auch wenn die Gruppengrösse eher an der unteren Grenze angesiedelt war. Die Wertschöpfung dürfte einerseits der Zusammensetzung der Gruppe sowie andererseits der Expertise der Teilnehmenden geschuldet sein. Da es sich bei den Teilnehmenden, bis auf eine Ausnahme, ausschliesslich um Frauen handelte, bleibt offen, wie sich eine heterogenere Zusammensetzung mit Blick auf die Geschlechter auf die Gruppendynamik ausgewirkt hätte. Wie bereits festgehalten, hat sich der Umstand, dass die beiden Gruppen relativ homogen zusammengesetzt war, auf die Ergebnisse ausgewirkt, weswegen diese in der Folge fallübergreifend ausgewertet wurden. Mehr Diversität hätte sich allenfalls auch in den Ergebnissen bemerkbar gemacht. Grundsätzlich wären reine Expert*inneninterviews ebenfalls denkbar gewesen, jedoch kann rückblickend festgehalten werden, dass gerade die gruppendynamischen Prozesse als bereichernd und stimulierend wahrgenommen wurden durch die Teilnehmenden und die Moderatorin; zudem sind Expert*inneninterviews grundsätzlich zeitintensiver (Schulz, 2012, S. 12). Der Leitfaden war phasenweise allzu detailliert operationalisiert, weshalb ein Gespräch etwas verkürzt werden musste. Die Moderation durch die Autorin war angemessen und diskursfördernd. Gemäss theoretischem Verständnis handelt es sich bei Fokusgruppen um eine Methode der explorativen Forschung, weshalb sich ein quantitatives Folgeforschungsprojekt anbieten würde, mit dem gezielt die Nutzendenperspektive eingeholt werden könnte. Rückblickend wäre es sinnvoll gewesen, den Leitfaden einem Pretest zu unterziehen. Dies hätte in der zeitlichen Planung entsprechend berücksichtigt werden müssen.

6.5 Fazit und Ausblick

Krankheit, etwa Krebs, ist nicht nur ein individuelles Problem (B. Schmidt, 2014, S. 185) : Es existieren auch in der Schweiz grosse gesundheitliche Unterschiede in der Bevölkerung. Bestimmte soziale Gruppen erkranken häufiger, leiden öfter an gesundheitlichen Beeinträchtigungen und sterben früher als andere Gruppen. Diese gesundheitlichen Unterschiede sind laut Weber (2020, S. 7) weder zufällig, noch lassen sie sich auf biologische Ursachen zurückführen. Sie folgen klaren sozialen Mustern: Die Aussicht auf ein langes, krankheits- und behinderungsfreies Leben ist umso grösser, je höher man auf der sozialen Leiter steht (health

inequities⁴³). Gesundheit wird von ganz unterschiedlichen Faktoren, dies zeigt das Gesundheitsdeterminantenmodell (Dahlgren & Whitehead, 1991), unterschiedlichen Politikfeldern und politischen Entscheiden beeinflusst, dies weist darauf hin, dass Gesundheit politisch ist. Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung von 1986 (World Health Organization, 2022) bietet einen geeigneten Handlungsrahmen für eine sozialkritische und sozialpolitische Beteiligung (B. Schmidt, 2014, S. 187) für Organisationen wie die KLB.

Nach Schmidt (2014, S. 186) ist SA aufgefordert, sich in politische (Entscheid-)Prozesse einzumischen, weil sie die primäre bzw. einzige Gesundheitsprofession ist, die soziale Einflussfaktoren auf Gesundheit und Krankheit professionsimmanent berücksichtigt und weil sie von der Tatsache ausgeht, dass Gesundheit und Krankheit sich nicht bloss individuell manifestieren, sondern in einer Gemengelage aus gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen und Sozialbezügen, als Lebenslage und Lebensstil, aus Versorgungsangeboten etc. entstehen. Der KLB stehen zum Zwecke dieser politischen Einmischung zugunsten von Cancer Survivors Instrumente wie PA zur Verfügung, die sie einsetzen kann.

Für die Interviewten der Fokusgruppengespräche empfiehlt es sich für die KLB, auf einen Finanzierungsmix bei der Finanzierung eines Dienstleistungsangebots für Cancer Survivors zu setzen. Der erfolgreiche Umgang mit knappen Ressourcen, neuen Finanzierungsmodellen oder dem zunehmend heterogenen Finanzierungsmix aus verschiedenen Quellen setzt bei der KLB erweiterte Management- und Führungskompetenzen voraus, so beispielsweise solche rund um den organisationalen Wandel unter Einsatz von Methoden des Change Managements (Gehrlach et al., 2022, S. 8).

⁴³ Gesundheitliche Unterschiede, die sich systematisch aus sozialen Ungleichheiten ergeben, werden als «gesundheitliche Ungerechtigkeit» (health inequities) bezeichnet.

7 Widmung und Danksagung

Diese Arbeit ist all jenen gewidmet, die von einer Krebsdiagnose betroffen waren oder es noch sind. Sie ist meiner Tante Ursula gewidmet, die den Kampf 2009 gegen die heimtückische Krankheit leider verloren hat. Sie ist Noel gewidmet, der uns 2021 nach 15 schönen Jahren nach einer Krebsdiagnose verlassen hat. Sie ist Simone gewidmet, die heute als von Krebs geheilt gilt und die mich zu dieser Arbeit inspiriert hat.

Ich danke der Krebsliga Bern, insbesondere der Geschäftsführerin Nicole Stutzmann, für die unkomplizierte, offene, vertrauensvolle und horizonterweiternde Zusammenarbeit und die guten Gespräche.

Ich danke den Teilnehmenden der beiden Fokusgruppengespräche für ihre Zeit und die Mitarbeit und für ihr Engagement für einen niederschwelligeren und gerechteren Zugang zum Schweizer Gesundheitswesen, insbesondere für vulnerable Bevölkerungsgruppen.

Ich danke Christoph Gehrlach für die anregende und kompetente fachliche Begleitung während der Erarbeitung der Masterthesis.

Ich danke Silja für die inspirierenden Gespräche, die Begleitung und den gemeinsamen Weg im Rahmen des Studiums.

Ich danke Marc für seine immerwährende Unterstützung und Geduld; er hat mich motiviert und ermuntert, an meine Ziele zu glauben und diese zu verfolgen.

Literaturverzeichnis

- Althaus, Marco. (2005). Public Affairs. In Marco Althaus, Michael Geffken & Sven Rawe (Hrsg.), *Handlexikon Public Affairs* (S. 262–266). Münster: LIT Verlag.
- Althaus, Marco. (2021). Planung und Evaluation von Public-Affairs-Strategien. In Ulrike Röttger, Patrick Donges & Ansgar Zerfaß (Hrsg.), *Handbuch Public Affairs—Politische Kommunikation für Unternehmen und Organisationen* (S. 405–433). doi: 10.1007/978-3-658-22931-3
- American Society of Clinical Oncology (ASCO). (2010). What is Survivorship? Abgerufen von <https://www.cancer.net/survivorship/what-survivorship>
- Aner, Kirsten & Scherr, Albert. (2020). Soziale Arbeit – eine Menschenrechtsprofession? Einleitung in den Schwerpunkt. *Sozial Extra*, 44(6), 326–327. doi: 10.1007/s12054-020-00325-z
- Arndt, Volker. (2019). «Cancer Survivorship» in Deutschland—Epidemiologie und Definitionen. *Forum*, 34(2), 123–124. doi: 10.1007/s12312-019-0600-y
- Avenir Social. (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis*. Bern: Avenir Social.
- Bachert, Robert & Vahs, Dietmar. (2007). *Change Management in Nonprofit-Organisationen*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.
- Benz, Benjamin & Rieger, Günter. (2015). *Politikwissenschaft für die Soziale Arbeit*. doi: 10.1007/978-3-531-93379-5
- Benz, Benjamin, Rieger, Günter, Schönig, Werner & Többe-Schukalla, Monika. (2014a). Determinanten praktischer Politik Sozialer Arbeit. Akteure, Handlungsfelder und Methoden. In *Politik Sozialer Arbeit. Band 2: Akteure, Handlungsfelder und Methoden* (S. 8–20). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Benz, Benjamin, Rieger, Günter, Schönig, Werner & Többe-Schukalla, Monika. (2014b). Die Politik Sozialer Arbeit—Umriss, Gegenstände und Positionen. In *Politik Sozialer Arbeit. Band 1: Grundlagen, theoretische Perspektiven und Diskurse* (S. 8–29). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Berchtold, Peter & Kaspar, Kurt. (2015). Integrierte Versorgung. In *Gesundheitswesen Schweiz 2015—2017* (5., vollst. überarbeitete Auflage, S. 137–149). Bern: Hogrefe.
- Berwick, Donald, Nolan, Thomas & Whittington, John. (2008). The Triple Aim: Care, Health, And Cost. *Health Affairs*, 27(3), 759–769. doi: 10.1377/hlthaff.27.3.759
- Beyer, Jörg, Tinner, Eva Maria & Wertli, Maria. (2021). Geheilt, aber nicht unbedingt gesund. Nachsorge nach erfolgreicher Krebsbehandlung. *Ars Medici*, (24), 773–776. doi: 10.1007/978-3-662-30230-9_2

- Bossert, Sabine & Strech, Daniel. (2020). Umgang mit Mittelbegrenzung im Gesundheitswesen. In Peter Kriwy & Monika Jungbauer-Gans (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssoziologie* (S. 751–770). doi: 10.1007/978-3-658-06392-4
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2013). *Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates* [PDF]. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2016). *Nationale Strategie Prävention nichtübertragbarer Krankheiten (NCD-Strategie) 2017–2024* [PDF]. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2018a). *Abgeltung von Leistungen im Rahmen der koordinierten Versorgung* [PDF]. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2018b). Patientengruppen und Schnittstellen (Koordinierte Versorgung). Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung/patientengruppen-und-schnittstellen-koordinierte-versorgung.html>
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2019). *Die gesundheitspolitische Strategie des Bundesrates 2020–2030* [PDF]. Bern: Bundesamt für Gesundheit BAG.
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2021a). Gesundheitskompetenz. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/gesundheitskompetenz.html>
- Bundesamt für Gesundheit BAG. (2021b). Prävention in der Gesundheitsversorgung. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitsstrategien/strategie-nicht-uebertragbare-krankheiten/praevention-in-der-gesundheitsversorgung.html>
- Cancer Journey Portfolio. (2012). *Navigation: A Guide to Implementing Best Practices in Person-Centred Care*. Toronto: Canadian Partnership Against Cancer.
- Coffman, Julia. (2009). *A User's Guide to Advocacy Evaluation Planning*. Harvard: Harvard Graduate School of Education.
- Dahlgren, Göran & Whitehead, Margaret. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Future Studies.
- Dietz, Alexander. (2013). Ungünstige Rahmenbedingungen für verbandliche Sozialanwaltschaft. In Alexander Dietz & Stefan Gillich (Hrsg.), *Barmherzigkeit drängt auf Gerechtigkeit: Anwaltschaft, Parteilichkeit und Lobbyarbeit als Herausforderung für Soziale Arbeit und Verbände* (S. 109–129). Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt.
- Döring, Nicola & Bortz, Jürgen. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. doi: 10.1007/978-3-642-41089-5
- Doyle, Natalie. (2008). Cancer survivorship: Evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 62(4), 499–509. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04617.x

- Eisenegger, Mark & Künstle, Daniel. (2014). Issues- und Reputationsmonitoring. In Heike Scholten & Klaus Kamps (Hrsg.), *Abstimmungskampagnen* (S. 279–301). doi: 10.1007/978-3-531-93123-4_20
- Ess, Silvia & Herrmann, Christian. (2014). «Cancer Survivors»—Eine stark wachsende Bevölkerungsgruppe. *Schweizer Krebsbulletin*, (4), 281–284.
- Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) – Hochschule für Soziale Arbeit (HSA). (2020). *Regionale Anlaufstellen REAS PGV - Unterstützung bei komplexen gesundheitlichen und sozialen Einschränkungen* [PDF]. Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW) – Hochschule für Soziale Arbeit (HSA).
- Fährnich, Birte & Mono, René. (2022). Public Affairs: Strategische Kommunikation von Unternehmen im politischen Raum. In Ansgar Zerfass, Manfred Pwinger & Ulrike Röttger (Hrsg.), *Handbuch Unternehmenskommunikation: Strategie, Management, Wertschöpfung* (3. Auflage, S. 881–898). doi: 10.1007/978-3-658-22933-7
- Fitch, Margaret. (2018). Transition to survivorship: Can there be improvement? *Current Opinion in Supportive & Palliative Care*, 12(1), 74–79. doi: 10.1097/SPC.0000000000000319
- Flick, Uwe. (2014). Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In Nina Baur & Jörg Blasius (Hrsg.), *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 411–423). doi: 10.1007/978-3-531-18939-0
- fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung (Hrsg.). (2020). *Denkstoff 5: Vernetzte Grundversorgung: Trendszenarien 2028*. Neuägeri: fmc Schweizer Forum für Integrierte Versorgung.
- Gehrlach, Christoph, Pfiffner, Roger, von Bergen Matthias & Eiler, Katharina. (2022). Sozialmanagement und Sozialwirtschaft in einem sich wandelnden Umfeld. Zwischen öffentlichem Auftrag, gesellschaftlichem Engagement und Markt. In Christoph Gehrlach, Matthias von Bergen & Katharina Eiler (Hrsg.), *Zwischen gesellschaftlichem Auftrag und Wettbewerb: Sozialmanagement und Sozialwirtschaft in einem sich wandelnden Umfeld* (S. 1-20). doi: 10.1007/978-3-658-35381-0
- Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern. (2020). *Gesundheitsstrategie des Kantons Bern 2020—2030* [PDF]. Bern: Gesundheits- Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern.
- Gillich, Stefan. (2013). Lobbyarbeit, Anwaltschaft, Parteilichkeit. In Alexander Dietz & Stefan Gillich (Hrsg.), *Barmherzigkeit drängt auf Gerechtigkeit: Anwaltschaft, Parteilichkeit und Lobbyarbeit als Herausforderung für Soziale Arbeit und Verbände* (S. 13–28). Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt.
- Gitz, Christoph & Zurkinden, Thomas. (2012). Finanzierung von Verbänden und Nonprofit-Organisationen. *Verbands-Management (VM)*, 38(2), 22–27.

- Glouberman, Sholom & Mintzberg, Henry. (2001). *Managing the Care of Health and the Cure of Disease—Part I: Differentiation*. Abgerufen von <https://pub-med.ncbi.nlm.nih.gov/11233354/>
- Hablützel, Peter. (2012). Bürokraten, Manager oder Systemgestalter? In Andreas Ladner, Jean-Loup Chappelet, Yves Emery, Peter Knoepfel, Luzius Mader, Nils Soguel & Frédéric Varone (Hrsg.), *Handbuch der öffentlichen Verwaltung der Schweiz* (S. 93–107). Zürich: NZZ.
- Hallmann, Thorsten & Zimmer, Annette. (2016). Einführung: Warum ein Band zu neuen Herausforderungen von NPOs? In Annette Zimmer & Thorsten Hallmann (Hrsg.), *Nonprofit-Organisationen vor neuen Herausforderungen* (S. 1–12). doi: 10.1007/978-3-658-10587-7
- Herrmann, Christian, Cerny, Thomas, Savidan, Anita, Vounatsou, Penelope, Konzelmann, Isabelle, Bouchardy, Christine, ... Ess, Silvia. (2013). Cancer survivors in Switzerland: A rapidly growing population to care for. *BMC Public Health*, 13(287), 1–7. doi: 10.1186/1471-2407-13-287
- Heusser, Rolf, Baumann, Aron & Nosedà, Giorgio. (2017). Krebs in der Schweiz: Zahlen, Weiterentwicklung der Krebsregistrierung und Folgen. *Der Onkologe*, 23(8), 588–596. doi: 10.1007/s00761-017-0252-4
- Hochschule Luzern. (2021a). PESTEL-Analyse. Abgerufen von <https://wiki.hslu.ch/controlling/PESTEL-Analyse>
- Hochschule Luzern. (2021b). *Verbesserung der Lebensqualität von Zentralschweizer Krebspatient*innen und der Versorgungseffizienz*. Luzern: Hochschule Luzern.
- Hochschule Luzern. (n.d.). Mehr Lebensqualität für Menschen mit Krebs. Abgerufen von <https://www.hslu.ch/de-ch/wirtschaft/institute/ibr/kompetenzen/public-and-nonprofit-management/forschungsprogramm-oeffentliches-gesundheitsmanagement/krebs/?pid=4292&sourceurl=/krebs>
- Hoffjann, Olaf. (2015). Public Affairs. In Romy Fröhlich, Peter Szyszka & Günter Bentele (Hrsg.), *Handbuch der Public Relations* (3. Auflage, S. 883–904). doi: 10.1007/978-3-531-18917-8
- Hoffman, Barbara (Hrsg.). (1998). *A Cancer Survivor's Almanac: Charting Your Journey—AbeBooks—National Coalition For Cancer Survivorship: 1565611047*. Abgerufen von <https://www.abebooks.com/9781565611047/Cancer-Survivors-Almanac-Charting-Journey-1565611047/plp>
- Homfeldt, Hans Günther. (2012). Soziale Arbeit im Gesundheitswesen und in der Gesundheitsförderung. In Werner Thole (Hrsg.), *Grundriss Soziale Arbeit: Ein einführendes Handbuch* (4. Aufl.). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Ingenhoff, Diana & Hugi, Andreas. (2021). Ziele und Notwendigkeit von Public Affairs aus

- Sicht von Unternehmen. In Ulrike Röttger, Patrick Donges & Ansgar Zerfaß (Hrsg.), *Handbuch Public Affairs—Politische Kommunikation für Unternehmen und Organisationen* (S. 89–107). doi: 10.1007/978-3-658-22931-3
- Kaiser, Robert. (2014). *Qualitative Experteninterviews. Konzeptionelle Grundlagen und praktische Durchführung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Kessler, Oliver. (2021). Lebensqualität von Krebsbetroffenen. *Competence*, 2021(5), 20–20.
- Klauber, Jürgen, Geraedts, Max, Friedrich, Jörg & Wasem, Jürgen. (2014). *Krankenhaus-Report 2014*. Abgerufen von https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publicationen_Projekte/Buchreihen/Krankenhausreport/2014/Kapitel%20mit%20Deckblatt/wido_khr2014_gesamt.pdf
- Kleinfeld, Ralf, Willems, Ulrich & Zimmer, Annette. (2007). Lobbyismus und Verbändeforschung: Eine Einleitung. In Ralf Klein, Annette Zimmer & Ulrich Willems (Hrsg.), *Lobbying: Strukturen. Akteure. Strategien* (S. 7–35). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Krebsliga Bern. (2021a). *Krebs fordert heraus, Ihre Unterstützung hilft. Mitgliedschaft, Spenden, Erbschaften und Legate*. Bern: Krebsliga Bern.
- Krebsliga Bern. (2021b). Krebs fordert heraus—Wir sind für Sie da. Abgerufen von <https://bern.krebsliga.ch>
- Krebsliga Bern. (2022a). Angebote. Abgerufen von <https://bern.krebsliga.ch/angebote>
- Krebsliga Bern. (2022b). Finanzen. Abgerufen von <https://bern.krebsliga.ch/ueber-uns/finanzen>
- Krebsliga Bern. (2022c). *Jahresbericht 2021*. Bern: Krebsliga Bern.
- Krebsliga Bern. (2022d). Über uns. Abgerufen von <https://bern.krebsliga.ch/ueber-uns>
- Krebsliga Bern. (2022e). Verein. Abgerufen von <https://bern.krebsliga.ch/ueber-uns/verein>
- Krebsliga Schweiz. (2020). Zahlen & Fakten. Abgerufen von <https://www.krebsliga.ch/ueber-krebs/zahlen-fakten/>
- Krebsliga Schweiz. (2021). *Weltkrebstag: Krebsliga unterstützt Cancer Survivors in der Schweiz*. Abgerufen von <https://www.krebsliga.ch/medien/medienmitteilungen/pages/2021/weltkrebstag-krebsliga-unterstuetzt-cancer-survivors-in-der-schweiz/-dl-/fileadmin/downloads/medien/2021/medienmitteilung-weltkrebstag-cancersurvivors-20210128.pdf>
- Krebsliga Schweiz. (n.d.a). Krebs bei Kindern. Abgerufen von <https://www.krebsliga.ch/ueber-krebs/krebsarten/krebs-bei-kindern/>
- Krebsliga Schweiz. (n.d.b). Leben mit und nach Krebs. Abgerufen von <https://www.krebsliga.ch/ueber-krebs/leben-mit-und-nach-krebs/>
- Kreutzer, Ralf T. (2018). *Toolbox für Marketing und Management: Kreativkonzepte – Analyserwerkzeuge – Prognoseinstrumente*. doi: 10.1007/978-3-658-21881-2

- Krummenacher, Jürg. (2019a). Einführung und Überblick. In Jürg Krummenacher, Christoph Buerkli, Paul Bürkler & Albert Schnyder (Hrsg.), *Management von Nonprofit-Organisationen. Das Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. (S. 31–33). Genf und Zürich: Seismo.
- Krummenacher, Jürg. (2019b). Trends und Herausforderungen. In Jürg Krummenacher, Christoph Buerkli, Paul Bürkler & Albert Schnyder (Hrsg.), *Management von Nonprofit-Organisationen. Das Handbuch für Wissenschaft und Praxis*. (S. 266–280). Genf und Zürich: Seismo.
- Kuckartz, Udo. (2018). *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (4. Auflage). Weinheim Basel: Beltz Juventa.
- Lamnek, Siegfried & Krell, Claudia. (2016). *Qualitative Sozialforschung* (6. Auflage). Weinheim Basel: Beltz Verlag.
- Lenartz, Norbert, Soellner, Renate & Rudinger, Georg. (2016). Health Literacy: Entwicklung und Bedeutung einer Schlüsselkompetenz für gesundheitsgerechtes Leben. In Monika Jungbauer-Gans & Peter Kriwy (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitssoziologie* (S. 1–19). doi: 10.1007/978-3-658-06477-8_15-1
- LINK Institut. (2020). *Leistungsspektrum Krebsliga*. Luzern: LINK Institut.
- Mehnert, Anja & Johansen, Christoffer. (2019). Forschungsperspektiven bei Langzeitüberlebenden nach Krebs. *Forum*, 34(2), 123–124. doi: 10.1007/s12312-019-0600-y
- Merten, Roland. (2001). Politisches Mandat als (Selbst-)Missverständnis des professionellen Auftrags Sozialer Arbeit. In Roland Merten (Hrsg.), *Hat Soziale Arbeit ein politisches Mandat?* (S. 89–100). doi: 10.1007/978-3-663-10286-1
- Moser, Marc. (2015). Die Gesellschaft in der Gesundheitsfalle. *UniPress*, 39(164), 32–35.
- Mullan, Fitzhugh. (1985). Seasons of survival: Reflections of a physician with cancer. *The New England Journal of Medicine*, 313(4), 270–273. doi: 10.1056/NEJM198507253130421
- National Coalition for Cancer Survivorship. (2021). Our Mission. Abgerufen von <https://canceradvocacy.org/about/our-mission/>
- National Research Council. (2006). *From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition* (S. 11468). doi: 10.17226/11468
- OECD. (2006). Studie der OECD und der WHO zum schweizerischen Gesundheitssystem—OECD. Abgerufen von <https://www.oecd.org/switzerland/studiederoecdundderwhozumschweizerischengesundheitssystem.htm>
- OECD. (2011). OECD Reviews of Health Systems—Switzerland (2011)—OECD. Abgerufen von <https://www.oecd.org/switzerland/oecdreviewsofhealthsystems-switzerland.htm>

- Reisman, Jane, Gienapp, Anne & Stachowiak, Sarah. (2007). *A Handbook Of Data Collection Tools: Companion To «A Guide To Measuring Advocacy And Policy»*. Baltimore: Annie E. Casey Foundation.
- Rieger, Günter. (2013). Das Politikfeld Sozialarbeitspolitik. In Benjamin Benz, Günter Rieger, Werner Schönig & Monika Többe-Schukalla (Hrsg.), *Politik Sozialer Arbeit. Band 1: Grundlagen, theoretische Perspektiven und Diskurse* (S. 54–69). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Ruddat, Michael. (2012). Auswertung von Fokusgruppen mittels Zusammenfassung zentraler Diskussionsaspekte. In Marlen Schulz, Birgit Mack & Ortwin Renn (Hrsg.), *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung*. (S. 195–206). doi: 10.1007/978-3-531-19397-7
- Rüegg-Stürm, Johannes & Grand, Simon. (2020). *Das St. Galler Management-Modell. Management in einer komplexen Welt* (2. überarbeitete Auflage). Bern: Haupt, UTB.
- Schmidt, Albert & Hustedt, Michael. (2013). 12 «goldene Regeln» für gute Lobbyarbeit. In Alexander Dietz & Stefan Gillich (Hrsg.), *Barmherzigkeit drängt auf Gerechtigkeit: Anwaltschaft, Parteilichkeit und Lobbyarbeit als Herausforderung für Soziale Arbeit und Verbände* (S. 131–140). Leipzig: Evangelische Verlagsanstalt.
- Schmidt, Bettina. (2014). Politik Sozialer Arbeit im Gesundheitsbereich. In Alexander Benz, Günter Rieger, Werner Schönig & Monika Többe-Schukalla (Hrsg.), *Politik Sozialer Arbeit. Band 2: Akteure, Handlungsfelder und Methoden* (S. 184–197). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Schoen, Cathy, Osborn, Robin, How, Sabrina, Doty, Michelle & Peugh, Jordon. (2009). In chronic condition: Experiences of patients with complex health care needs, in eight countries, 2008. *Health Affairs (Project Hope)*, 28(1), 1–16.
doi: 10.1377/hlthaff.28.1.w1
- Schoen, Cathy, Osborn, Robin, Squires, David, Doty, Michelle, Pierson, Roz & Applebaum, Sandra. (2010). How health insurance design affects access to care and costs, by income, in eleven countries. *Health Affairs (Project Hope)*, 29(12), 2323–2334.
doi: 10.1377/hlthaff.2010.0862
- Schulz, Marlen. (2012). Quick and easy!?! Fokusgruppen in der angewandten Sozialwissenschaft. In Marlen Schulz, Birgit Mack & Ortwin Renn (Hrsg.), *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft. Von der Konzeption bis zur Auswertung*. (S. 9–22). doi: 10.1007/978-3-531-19397-7
- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK. (2019). *Impulse für die Integrierte Versorgung in den Kantonen: Ein Leitfaden*. Abgerufen von https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/themen/integrierte_versorgung/GDK_Leitfaden_DE_def.pdf

- Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren GDK & Bundesamt für Gesundheit. (2012). *Neue Versorgungsmodelle für die medizinische Grundversorgung*. Bern: Dialog Nationale Gesundheitspolitik.
- Shaw, Sara, Rosen, Rebecca & Rumbold, Benedict. (2011). *What is integrated care?* Abgerufen von Nuffield Trust website: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/what-is-integrated-care-report-web-final.pdf>
- Sommerfeld, Peter, Dällenbach, Regula, Rügger, Cornelia & Hollenstein, Lea. (2016). *Klinische Soziale Arbeit und Psychiatrie*. doi: 10.1007/978-3-658-11617-0
- Sperisen, Nicolas, Cardinaux-Fuchs, Regula, Schneider-Mörsch, Beate, Stoll, Sarah & Haslbeck, Jörg. (2021). Cancer Navigation und Survivorship. Eine individuelle, ganzheitliche und integrierte Versorgung. *Onkologiepflege*, 2021(1), 12–14.
- Start, Daniel & Hovland, Ingie. (2007). *Tools for policy impact: A handbook for researchers*. London: Overseas Development Institute.
- Staub-Bernasconi, Silvia. (2018). *Soziale Arbeit als Handlungswissenschaft: Soziale Arbeit auf dem Weg zu kritischer Professionalität* (2., vollständig überarbeitete und aktualisierte Ausgabe). Opladen Toronto: Verlag Barbara Budrich.
- Stoll, Sarah, Schneider, Regula, Richle, Ernst & Thoma, Maria. (2016). Die Fachberatung Cancer Survivorship der Krebsliga Ostschweiz. *Onkologiepflege*, 2016(1), 13–16.
- Stollberg, Gunnar. (2012). Gesundheit und Krankheit als soziales Problem. In Axel Groenemeyer & Günter Albrecht (Hrsg.), *Handbuch sozialer Probleme* (2. Auflage, S. 624–667). Wiesbaden: Springer VS.
- Strandberg-Larsen, Martin & Krasnik, Allan. (2009). Measurement of integrated healthcare delivery: A systematic review of methods and future research directions. *International Journal of Integrated Care*, 9(1). doi: 10.5334/ijic.305
- Swissfundraising. (2015). *Spendenmarkt Schweiz 2015*. St. Gallen: Swissfundraising.
- Szyszka, Peter. (2017). *Beziehungskapital: Akzeptanz und Wertschöpfung*. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer.
- Theobald, Elke. (2016). *PESTEL-Analyse. Die wichtigsten Einflussfaktoren der Makroumwelt*. Pforzheim: Management Monitor.
- Thiersch, Hans. (2014). *Lebensweltorientierte Soziale Arbeit Aufgaben der Praxis im sozialen Wandel* (9. Auflage). Abgerufen von <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:101:1-2018061923281921648013>
- Tschirky, Erich & Gibis, Sebastian. (2015). Gesundheitsligen und Selbsthilfegruppen. In *Gesundheitswesen Schweiz 2015-2017* (5., vollst. überarbeitete Auflage, S. 107–116). Bern: Hogrefe.
- Urban-Stahl, Ulrike. (2018). Advocacy (Anwaltschaft). In Gunther Graßhoff, Anna Renker & Wolfgang Schröer (Hrsg.), *Soziale Arbeit* (S. 473–484). doi: 10.1007/978-3-658-

15666-4

- Vahs, Dietmar & Weiland, Achim. (2010). *Workbook Change Management. Methoden und Techniken*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.
- Vettori, Anna, Trageser, Judith & von Stokar, Thomas. (2015). *Gesundheitsligen in der Schweiz: Aufgaben, Rolle und Perspektiven* [PDF]. Abgerufen von <https://www.ge-liko.ch/de/publikationen/diverse-publikationen>
- Vilain, Michael. (2016). Finanzierung von Nonprofit-Organisationen im Wandel. In Annette Zimmer & Thorsten Hallmann (Hrsg.), *Nonprofit-Organisationen vor neuen Herausforderungen* (S. 331–362). doi: 10.1007/978-3-658-10587-7
- Wahli, David & Giroud, Charles. (2017). Hybride Strukturen aus Sicht der Beratung. *Verbands-Management (VM)*, 43(3), 25–30.
- Weber, Dominik. (2020). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen*. Bern: GFCH, BAG, GDK.
- Wollny, Volrad & Paul, Herbert. (2015). Die SWOT-Analyse: Herausforderungen der Nutzung in den Sozialwissenschaften. In Marlen Niederberger & Sandra Wassermann (Hrsg.), *Methoden der Experten- und Stakeholdereinbindung in der sozialwissenschaftlichen Forschung* (S. 189–213). doi: 10.1007/978-3-658-01687-6
- World Health Organization. (1998). Improving health literacy. Abgerufen von <https://www.who.int/activities/improving-health-literacy>
- World Health Organization. (2008). *Cancer Control: Knowledge into Action: WHO Guide for Effective Programmes: Module 6: Policy and Advocacy*. Abgerufen von <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK195422/>
- World Health Organization. (2017). Determinants of health. Abgerufen von <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health>
- World Health Organization. (2022). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986. Abgerufen von <https://www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986>
- Zimmer, Annette. (2021). Lobbying als nicht-öffentliche Form der Public Affairs: Konzeption, Gestaltungsformen, Fallbeispiele. In Ulrike Röttger, Patrick Donges & Ansgar Zerfaß (Hrsg.), *Handbuch Public Affairs—Politische Kommunikation für Unternehmen und Organisationen* (S. 457–478). doi: 10.1007/978-3-658-22931-3
- Zola, Irving Kenneth. (1972). Medicine as an institution of social control. *The Sociological Review*, (20), 487–504. doi: 10.1111/2Fj.1467-954X.1972.tb00220.x
- Zwahlen, Eva. (2021). *Zu den Einflüssen von Medikalierungsprozessen auf Cancer Survivors* [Unveröffentlichter Leistungsnachweis]. Bern: Berner Fachhochschule – Soziale Arbeit.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Zusammenspiel von Mikro-, Meso- und Makroebene des Gesundheitssystems	9
Abbildung 2. Dimensionen intakter beziehungsweise gestörter Lebensbereiche bei Langzeitüberlebenden nach Krebserkrankungen.....	14
Abbildung 3. Methodeneinsatz zur Beantwortung der Forschungsfragen	15
Abbildung 4. Tools and organisations on the cooperation/evidence axes	21
Abbildung 5. The main determinants of health	28
Abbildung 6. Handlungsansätze für die Behandlung und Betreuung von chronisch und mehrfach kranken Menschen.....	30
Abbildung 7. Übersicht Integrierte Versorgung	31
Abbildung 8. Ausbau Finanzierungsquellen.....	32
Abbildung 9. Jährliche Krebsneuerkrankungen	34
Abbildung 10. Organigramm Krebsliga Bern	40
Abbildung 11. Kernangebote Krebsliga Bern.....	42
Abbildung 12. Mittelherkunft 2021	43
Abbildung 13. Entwicklung der frei verfügbaren und zweckgebundenen Zuwendungen sowie der Beiträge der öffentlichen Hand 2014 – 2021	44
Abbildung 14. Übersicht Stakeholder.....	46
Abbildung 15. St. Galler Management Modell	51

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Stakeholder Krebsliga Bern	52
Tabelle 2. Stärken-Schwächen-Analyse	55
Tabelle 3. Chancen-Risiken-Analyse.....	57
Tabelle 4. Alternativen zu Public Affairs	77
Tabelle 5. Chancen von Public Affairs	79
Tabelle 6. Risiken von Public Affairs.....	80
Tabelle 7. Elemente einer PA-Strategie.....	80

Anhang

Übersicht

Diverses

- Relevanz des Themas für die Soziale Arbeit

Dokumente Fokusgruppengespräche

- Ablauf Fokusgruppen
- Onepager
- Leitfaden
- Einverständniserklärung und Datenschutz

Dokumente Auswertung qualitative Befragung

- Code-Liste & Ankerzitate

Persönliche Erklärung Einzelarbeit

Relevanz des Themas für die Soziale Arbeit

THEMA	BESCHRIEB
Ganzheitlicher Gesundheitsbegriff und gesundheitliche Einflussfaktoren	Überlegungen dazu, dass Gesundheit gesellschaftlich eingebettet ist und nicht bloss die Abwesenheit von Krankheit bedeutet, führten unter Federführung der World Health Organization WHO zu einem salutogenetischen Konzept von Gesundheit und unter anderem zur Ottawa-Charta von 1986 (Homfeldt, 2012, S. 495; World Health Organization, 2022). Das Modell der Gesundheitsdeterminanten von 1991 steht in dieser Tradition, indem es nach den Rahmenbedingungen von Gesundheit fragt und die Determinanten benennt, die (gesundheitliche) Chancengleichheit fördern oder hemmen können (Dahlgren & Whitehead, 1991; World Health Organization, 2022).
Soziale Dimension von Gesundheit	Grundsätzlich blickt die SA auf eine lange Tradition im Gesundheitswesen zurück, sie beschäftigt sich seit den frühen Phasen ihrer Entstehung mit Gesundheits- und Krankheitsprozessen und deren sozialen Auswirkungen. Für die SA ist aufgrund ihres Selbstverständnisses insbesondere die soziale Dimension von Relevanz, welche einen erheblichen Einfluss auf den Verlauf von Krankheiten hat (Sommerfeld, Dällenbach, Rüeegger & Hollenstein, 2016, S. 5–7).
Rahmenbedingungen von Gesundheit und Interprofessionalität	Die SA beschäftigt sich auch mit den Strukturen, die auf Gesundheit einwirken (weg von der individuellen hin zur strukturellen Ebene) und geht davon aus, dass die Lösung komplexer Probleme nicht in weiteren Spezialisierungen, sondern einzig in gemeinsamen und vernetzten Problemlösungen liegen (Homfeldt, 2012, S. 496). Geteilte theoretische Grundlagen und Bezugsmodelle sowie ein gemeinsames Verständnis zwischen den Professionen, insbesondere jenen des Gesundheits- und Sozialwesens, in der Behandlung von Krebsbetroffenen (Interprofessionalität) führt zu ganzheitlicheren Behandlungsansätzen und mehr Lebensqualität für die Betroffenen. Die SA ist aufgefordert, ihre Expertise und ihre Perspektiven eines breiter gefassten Gesundheitsbegriffs und -verständnisses zu Gunsten von Cancer Survivors einzubringen.
Gegen Exklusion und für Chancengleichheit	Die fragmentierte Sichtweise und das Silodenken in der Behandlung und Nachsorge von Krebs führt zu verminderter Lebensqualität von Cancer Survivors, zu Konsequenzen im Alltag, für die Gestaltung von Beziehungen und für die psychische Gesundheit. Die SA setzt sich gegen Exklusionstendenzen, für Chancengleichheit (Avenir Social, 2010, S. 12) und eine ganzheitliche Betrachtung von Gesundheit ein, welche die soziale Dimension nebst der biologischen und psychologischen mitdenkt. Die Reduktion von Schnittstellen und eine verbesserte Koordination führt zu einem niederschwelligeren und inklusiveren Zugang zu Dienstleistungen.
Alternative Diskurse	Die SA ist aufgrund ihres Selbstverständnisses aufgefordert und prädestiniert, Alternativen zum Medikalisierungsdiskurs rund um Krebs einzubringen, welche die soziale (und psychische) Dimension von Krankheit

THEMA	BESCHRIEB
	ebenfalls berücksichtigen. Sie tritt ein gegen die zunehmende Individualisierung und Medikalisierung sozialer Probleme und Stigmatisierung sozialer Problemträger*innen (Franzkowiak, Homfeldt & Mühlum, 2011, zit. in B. Schmidt, 2014, S. 187).
Empowerment und Advocacy	In der SA gilt es als Anspruch beruflichen Handelns, Verantwortung für die Wahrung der Würde und der Rechte der Klient*innen zu übernehmen und sie in die Lage zu versetzen, ihre Rechte selber zu vertreten (Urban-Stahl, 2018, S. 473). Die künftige Orientierung des Gesundheitswesens an den Adressat*innen impliziert «Advocacy» (Anwaltschaft): Sie setzt Empowerment und Gesundheitskompetenz bei den Direktbetroffenen voraus (Advocacy auf der Mikroebene). SA setzt sich hier für einen lebensweltlichen und sozialraumorientierten Zugang für Betroffene ein, der die persönliche Ressourcensituation berücksichtigt. Advocacy auf der Makroebene würde beispielsweise bedeuten, sich für optimalere (politische und finanzielle) Rahmenbedingungen einzusetzen.

Dokumente Fokusgruppengespräche

Ablauf Fokusgruppen

Raum einrichten

Technik einrichten

Begrüssung

Rahmenbedingungen erläutern:

Gespräch wird auf Hochdeutsch geführt

Hinweis auf ungefähre Dauer des Gesprächs

Gespräch wird aufgezeichnet, allenfalls mache ich mir auch Notizen

Unterzeichnen der Einverständniserklärung

Klären von allfälligen offenen Fragen vor dem Start

Vorstellungsrunde

EZ

Alle Teilnehmende

Durchführung Gespräch

Abschluss

Dank für die Teilnahme

Weitere Schritte

Erkenntnisse liegen im August 2022 vor

Dokumente Fokusgruppengespräche

Onepager

Geschätzte Teilnehmende des Fokusgruppengesprächs

Sie haben sich dazu bereit erklärt, an einem Fokusgruppengespräch im Rahmen meiner Masterthesis teilzunehmen. Dafür und für Ihre Zeit danke ich Ihnen sehr.

Das vorliegende Blatt informiert Sie über die Masterthesis und deren Zielsetzung. In deren Rahmen wird untersucht, ob Public Affairs eine sinnvolle und zielführende Form von Advocacy für die Krebsliga Bern für die langfristige (öffentliche) Finanzierung eines Dienstleistungsangebots für Cancer Survivors darstellt, ob und welche anderen Formen es gibt und welche Voraussetzungen seitens der Krebsliga Bern dafür erfüllt sein müssen. Die Erkenntnisse fliessen in Handlungsempfehlungen für die Krebsliga Bern ein.

Das Fokusgruppengespräch selber wird auf Hochdeutsch durchgeführt und aufgezeichnet, die Ergebnisse fliessen in pseudonymisierter Form in die Thesis ein (eine Einverständniserklärung werden Sie am Gespräch zum Visum erhalten).

Wenn Sie im Vorfeld Fragen zum Ablauf haben, so bin ich gern für Sie da. Ich danke Ihnen sehr für Ihre Mitarbeit!

Freundliche Grüsse



Eva Zwahlen

Ausgangslage

Bis 2030 werden in der Schweiz eine halbe Million Menschen mit und nach Krebs leben (sogenannte «Cancer Survivors») (Krebsliga Schweiz, 2021). Eine Krebsdiagnose markiert in der Regel den ersten Schritt in die onkologische (medizinische) Zuständigkeit. Gilt jemand nach erfolgter Therapie als geheilt, dann bedeutet dies gewissermassen die Entlassung aus der Zuständigkeit der Onkologie-Fachpersonen, und die Cancer Survivors erfahren durch die Medizin keine weitere systematisierte und organisierte Hilfestellung mehr. Damit entsteht ein Spannungsfeld (und eine potentielle Versorgungslücke) zwischen dem Umstand auf der einen Seite, dass immer mehr Menschen mit und nach einer Krebsdiagnose weiterleben, als geheilt gelten, indes mit den Spätfolgen ihrer Erkrankung zu kämpfen haben und sich gleichzeitig auf der anderen Seite die Medizin nicht mehr als zuständig sieht und die Betroffenen sich im fragmentierten Dienstleistungsangebot und der Vielzahl an Akteur*innen zurecht finden müssen (Zwahlen, 2021).

Gemäss Krebsliga Schweiz (KLS) fehlt es innerhalb des Schweizer Gesundheitswesens an koordinierten Nachsorgeangeboten für die Zeit nach der medizinischen Erstbehandlung. Hauptherausforderung ist laut KLS der Umgang mit Langzeitnebenwirkungen und Spätfolgen von Krankheit und Therapie, zumal viele Krebsbetroffene noch Jahre später an psychischen und physischen Folgen und Auswirkungen der Erkrankung leiden (Krebsliga Schweiz, 2021). Nach Mullan sollte die Gruppe der Cancer Survivors nicht als homogen angesehen werden (Mullan, 1985), und es sind entsprechend massgeschneiderte Betreuungskonzepte notwendig (Arndt, 2019, S. 163). Cancer Survivors berichten von ungenügenden Hilfestellungen und unbefriedigten Bedürfnissen, so zum Beispiel bezüglich des Zugangs zu Informationsmaterial oder des Aufrechterhaltens des Soziallebens (Heusser et al., 2017, S. 592).

Die regionalen Krebsligen beraten und begleiten Betroffene und deren Angehörige bei Fragen rund um das Thema Krebs⁴⁴. Dabei handelt es sich um gemeinnützige Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens, die u.a. die Interessen von Menschen mit chronischen Krankheiten in der Gesundheits- und Sozialpolitik vertreten (Tschirky & Gibis, 2015, S. 107), was als anwaltschaftliches Handeln bezeichnet werden kann. Die Krebsliga Bern (KLB) hat sich zum Ziel gesetzt, bis Mitte 2022 ein Dienstleistungsangebot für Cancer Survivors ins Leben zu rufen (Nicole Stutzmann, pers. Mitteilung, 10. Januar 2022).

Definitionen

Im Rahmen der Thesis wird mit folgender Definition von **Advocacy** gearbeitet:

Advocacy (zu deutsch: Anwaltschaft) leitet sich vom Anspruch beruflichen Handelns in der Sozialen Arbeit ab, Verantwortung für die Wahrung der Würde und der Rechte von Klientinnen und Klienten zu übernehmen und diese gleichzeitig in die Lage zu versetzen, ihre Rechte selber zu vertreten. Advocacy richtet sich demnach auf die Gestaltung gesellschaftlicher Rahmenbedingungen, auf die Verbesserung der Lebenslagen und Chancen benachteiligter und ausgegrenzter Gruppen, aber auch auf die Unterstützung einzelner Nutzenden (Urban-Stahl, 2018, S. 473).

Es wird mit nachfolgenden drei Definitionen von **Public Affairs** gearbeitet, die zum Teil unterschiedliche Schwerpunkte setzen:

Public Affairs bezeichnet das strategische Management von Aussenbeziehungen zum sozialen und besonders zum politischen Umfeld unter Einsatz von öffentlichen und nicht-öffentlichen Kommunikationsformen. ... Public Affairs beinhaltet generell alle Funktionen einer Organisation mit Beziehung zum Reputationsmanagement der Organisation mit externem Publikum, inklusive Lobbying oder Regierungsbeziehungen, Medienbeziehungen, Issues und Stakeholder Management und Gesellschaftsbeziehungen (Ingenhoff & Hugi, 2021, S. 90–93).

Public Affairs ist das strategische Management von Entscheidungsprozessen an der Schnittstelle zwischen Politik, Wirtschaft und Gesellschaft. Public Affairs organisiert die externen Beziehungen einer Organisation, vor allem zu Regierungen, Parlamenten, Behörden, Gemeinden sowie Verbänden und Institutionen und zur Gesellschaft selbst. Public Affairs heisst Vertretung und Vermittlung von Unternehmens-, Mitarbeiter- und Mitgliederinteressen im politischen Kontext, direkt durch Lobbying von Entscheidungsträgern und indirekt über Meinungsbilder und Medien (Althaus, 2005, S. 7).

Public Affairs meint die Legitimation von Profit- und Non-Profit-Organisationen mittels nichtöffentlicher und öffentlicher Kommunikationsformen gegenüber dem politischen System. ... Public Affairs wird als Teil der Public Relations verstanden, der sich auf die Legitimation und Interessendurchsetzung gegenüber der Politik spezialisiert hat (Hoffmann, 2015, S. 883).

Bern, März 2022

⁴⁴ <https://www.krebsliga.ch/beratung-unterstuetzung/meine-frage-zu-krebs/regionale-krebsligen-beraten-vor-ort>

Dokumente Fokusgruppengespräche

Leitfaden

Einleitung

Sie wissen, dass ich mich im Rahmen meiner Masterthesis mit Fragen rund um eine nachhaltig finanzierte integrierte Versorgung von Krebsbetroffenen und mit Fragen zu politischem und anwaltschaftlichem Handeln von Organisationen des Sozial- und Gesundheitswesens, konkret der Krebsliga Bern, befasse. Daher meine Frage zum Einstieg:

- *Bitte schildern Sie uns einleitend Ihre eigenen Bezugspunkte und Erfahrungen in anwaltschaftlichem und/oder politischem Handeln, sei es für eine Organisation oder für Betroffene selber.*

Advocacy / Public Affairs und Soziale Arbeit

Ob Soziale Arbeit einen politischen Auftrag hat und wie dieser aussehen kann, darüber besteht seit Jahren ein intensiver Diskurs zwischen den Fachleuten. Dieser Diskurs wird auch durch das sogenannte «doppelte Mandat» (Hilfe und Kontrolle) der Sozialen Arbeit, also der Interessenvertretung gegenüber dem Staat und der Gesellschaft einerseits sowie jener zugunsten der Klientinnen und Klienten andererseits – befeuert. Grossmehrheitlich besteht jedoch ein Konsens darüber, dass sich der politische Auftrag aufgrund des eigentlichen Auftrags der Sozialen Arbeit – Inklusion, Exklusionsvermeidung, Vertreten der Interessen von vulnerablen Menschen usw. – ergibt und aus diversen sozialarbeiterischen Theorien abgeleitet werden kann (bspw. Lebensweltorientierung).

- *Soll Soziale Arbeit Instrumente wie Public Affairs einsetzen, um die eigenen Interessen sowie jene ihrer Klientinnen und Klienten durchzusetzen und Einfluss auf die Gesellschaft und die Politik zu nehmen?*
- *Welche Chancen und Risiken ergeben sich grundsätzlich für die Soziale Arbeit, wenn sie Public-Affairs-Massnahmen einsetzt?*

Advocacy und Public Affairs im Gesundheits- und Sozialwesen

Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens bewegen sich zwischen Systemen mit unterschiedlichen Logiken und Funktionsweisen und haben Stakeholder mit unterschiedlichen Bedürfnissen: Die Gesellschaft, die Betroffenen und deren Angehörigen erwarten, dass sie professionelle und empathische Dienstleistungen erbringen, der Staat und die Krankenversicherer wollen, dass diese Dienstleistungen ökonomisch und effektiv mit messbaren Resultaten erbracht werden, die Organisationen selber haben eigene Ansprüche an Haltung und Menschenbild und versuchen gleichzeitig, ideale (finanzielle, rechtliche und politische) Rahmenbedingungen für das eigene Tun zu schaffen. Daraus kann ein Spannungsfeld entstehen, auch innerhalb der Organisation selber. Dazu sagt die Literatur, dass Wohlfahrtsverbände drei Funktionen haben (Gillich, 2013, S. 16):

- *Anwaltsfunktion: Einsatz für verbesserte politische bzw. strukturelle Rahmenbedingungen und der persönliche Einsatz für Betroffene;*

- Dienstleistungsfunktion: Anbieter von Diensten und Einrichtungen mit klaren Zielvorgaben in der Pflicht der Auftraggeber;
- Solidaritätsstiftungsfunktion: der Staat ist auf Solidarität und gesellschaftlichen Zusammenhalt angewiesen und stabile soziale Sicherungssysteme sind die Voraussetzung für die soziale Teilhabe aller Gruppen.
- *Welche Rolle spielt Advocacy / eine anwaltschaftliche Rolle vor dieser Ausgangslage?*
- *Sollen Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens Public Affairs betreiben?*
- *Für wen sollen diese Organisationen Public Affairs betreiben?*
- *Welche Chancen und Risiken entstehen, wenn diese Organisationen Public Affairs betreiben?*

Advocacy und Public Affairs für die Krebsliga Bern

Die Krebsliga Bern ist im Gesundheitswesen des Kantons Bern gut vernetzt, sie besitzt eine intakte Reputation und ein gutes Image. Für die Betreuung und Begleitung von Cancer Survivors könnte sich diese Ausgangslage positiv auswirken. Heute finanziert sie ihr Dienstleistungsangebot zu gut 90 % via Spenden und Legate. Damit verbunden ist eine gewisse Planungsunsicherheit, weil der Spendenmarkt volatil und gewissen Schwankungen unterworfen ist. Es stellt sich somit die Frage nach alternativen Finanzierungsmöglichkeiten des eigenen Dienstleistungsangebots, insbesondere für Cancer Survivors, und/oder anderen Formen der Zusammenarbeit mit Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens.

- *Inwiefern ist Public Affairs (als Form von Advocacy) vor diesem Hintergrund für die Krebsliga Bern geeignet? Gibt es Risiken, beispielsweise indem der Handlungsspielraum der Krebsliga Bern durch den Staat beschränkt wird durch einen Leistungsvertrag?*
- *Welche Voraussetzungen (Daten, Know-how, Infrastruktur usw.) für erfolgreiches Advocacy (bspw. in Form von Public Affairs) müssen bei der Krebsliga Bern geschaffen respektive erfüllt sein, um ihr Dienstleistungsangebot für Cancer Survivors langfristig finanziell zu sichern?*
- *Welche Alternativen zu Public Affairs – zur Finanzierung eines Angebots für Cancer Survivors - gibt es für die Krebsliga Bern auf der Meso- (Ebene der Organisationen und der Leistungserbringung) und Makroebene (Ebene der übergeordneten Rahmenbedingungen)?*
- *Mit welchen Chancen und Risiken sind diese Alternativen verbunden?*
- *Welche Ebene hat für die Krebsliga Bern Priorität, die Meso- oder die Makroebene?*
- *Brauchen Cancer Survivors Advocacy durch die Krebsliga Bern?*

Abschluss

- *Gibt es Aspekte, die wir nicht besprochen haben, die aber in diesem Kontext wichtig sind, oder Ergänzungen und Anmerkungen?*

Dokumente Fokusgruppengespräche

Einverständniserklärung und Datenschutz

Interviewerin

Eva Zwahlen, Masterstudentin Soziale Arbeit Berner Fachhochschule BFH

Interviewpartner*in

Vorname & Name _____

Adresse _____

Adresse _____

Tel. Nr. _____

E-Mail _____

Zweck des Fokusgruppengesprächs

Das Fokusgruppengespräch wird als Grundlage für die Masterthesis von Eva Zwahlen durchgeführt. Im Rahmen der Masterthesis wird untersucht, ob Public Affairs eine sinnvolle und zielführende Form von Advocacy für die Krebsliga Bern für die langfristige Finanzierung eines Dienstleistungsangebots für Cancer Survivors darstellt, ob und welche anderen Formen es gibt und welche Voraussetzungen seitens der Krebsliga Bern dafür erfüllt sein müssen. Die Erkenntnisse fliessen in Handlungsempfehlungen für die Krebsliga Bern ein.

Datenschutz

Das Gespräch wird als Audiodatei aufgezeichnet und ausschliesslich von obgenannter Studentin ausgewertet. Die durch die Gespräche erhaltenen Daten werden gemäss Bundesgesetz über den Datenschutz (DSG) SR-Nr. 235.1 vom 19. Juni 1992 (Stand vom 1. März 2019) pseudonymisiert und nicht an Dritte weitergegeben. Es ist der dem Gespräch einwilligenden Person überlassen, ob sie sämtliche gestellten Fragen beantworten möchte. Eine Nicht- oder nur partielle Teilnahme am Gespräch hat keine rechtlichen Folgen und die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Die aus dem Gespräch entstandenen Aufnahmen, Notizen und Transkriptionen fliessen in pseudonymisierter Form in die Masterthesis ein und werden für deren Begutachtung eingesehen.

Die unterzeichnende Interviewpartner*in nimmt den Zweck des Gesprächs zur Kenntnis und stimmt dem Datenschutz zu. Sie willigt ein, am Gespräch teilzunehmen.

Ort, Datum

Unterschrift

Dokumente Auswertung qualitative Befragung

Codeliste & Ankerzitate

A-priori-Kategorienbildung

No.	Kategorie	Beschreibung	Ankerzitat(e)
1	Eigene Erfahrungen in anwaltschaftlichen Handeln	Bitte schildern Sie uns einleitend Ihre eigenen Bezugspunkte und Erfahrungen in anwaltschaftlichem und/oder politischem Handeln, sei es für eine Organisation oder für Betroffene selber.	«Ich hatte meinen Vater jetzt zwei Jahre bei mir zu Hause. Langjähriger Kettenraucher, multimorbid, Morphinum nachts, und ich habe erlebt, wie viel von der Pflege, Betreuung überhaupt nicht finanziert ist, wieviel man auch eben anwaltschaftlich eintreten muss, um die Bedürfnisse irgendwie befriedigen zu können. Wieviel es braucht und wieviel Fachwissen man braucht. Und da bin ich sehr dankbar um all das, was ich weiss rund um die Spitex. Ich glaube, ich hätte nicht so vieles für ihn rausholen können, wenn ich das nicht gewusst hätte.» Fokusgruppengespräch 2, Pos. 8
2	Soziale Arbeit und Public Affairs	Soll Soziale Arbeit Instrumente wie Public Affairs einsetzen, um die eigenen Interessen sowie jene ihrer Klientinnen und Klienten durchzusetzen und Einfluss auf die Gesellschaft und die Politik zu nehmen?	«Aber wenn wir wieder den Brückenbauer nehmen, der hat auch einen Auftrag des Kantons, und das finde ich eben ganz spannend, weil das kommt sofort, das ist bei uns so implementiert, die [Organisationen der Sozialen Arbeit] dürfen eigentlich nicht.» Fokusgruppengespräch 2, Pos. 26
3	Soziale Arbeit und Public Affairs – Chancen und Risiken	Welche Chancen und Risiken ergeben sich grundsätzlich für die Soziale Arbeit, wenn sie Public-Affairs-Massnahmen einsetzt?	
4	Organisationen, Systemlogiken, Stakeholder, Spannungsfelder und Rolle Public Affairs	Welche Rolle spielt Advocacy / eine anwaltschaftliche Rolle vor dieser Ausgangslage?	«Anwaltschaftliches Arbeiten finde ich auch wichtig in Bezug auf die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Diese Vereinnahmung von der Sozialen Arbeit durch die Medizin oder durch Psychologen, das ist ein Thema, wo ich im Moment auch unterwegs bin (...) wie kann sich Soziale Arbeit in diesem Berufsfeld der Sucht behaupten mit ihren eigenen Ansätzen.» Fokusgruppengespräch 1, Pos. 16
5	Organisationen und Aufgabe Public Affairs	Sollen Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens Public Affairs betreiben?	
6	Organisationen und Public Affairs für wen	Für wen sollen diese Organisationen Public Affairs betreiben?	
7	Organisationen und Public Affairs – Chancen und Risiken	Welche Chancen und Risiken entstehen, wenn diese Organisationen Public Affairs betreiben?	
8	Krebsliga Bern, Finanzierung und Public Affairs	Inwiefern ist Public Affairs (als Form von Advocacy) vor diesem Hintergrund für die Krebsliga Bern geeignet? Gibt es Risiken, beispielsweise indem der Handlungsspielraum der Krebsliga Bern durch den Staat beschränkt wird durch einen Leistungsvertrag?	«Aber wenn wir wieder den Brückenbauer nehmen, der hat auch einen Auftrag des Kantons, und das finde ich eben ganz spannend, weil das kommt sofort, das ist bei uns so implementiert, die [Organisationen der Sozialen Arbeit] dürfen eigentlich nicht.» Fokusgruppengespräch 2, Pos. 26 «Ich würde der Krebsliga sicher nicht empfehlen, mit Leistungsverträgen zu arbeiten, weil das Coole ist ja wirklich, dass sie sich das leisten kann, selber zu entscheiden, wo setzt man Prioritäten, was tut man.» Fokusgruppengespräch 2, Pos. 82
9	Krebsliga Bern und Voraussetzungen	Welche Voraussetzungen (Daten, Know-how, Infrastruktur usw.) für erfolgreiches Advocacy (bspw. in Form von Public Affairs) müssen bei der Krebsliga Bern geschaffen respektive erfüllt sein, um ihr Dienstleistungsangebot für Cancer Survivors langfristig finanziell zu sichern?	
10	Krebsliga Bern, Finanzierung und Alternativen	Welche Alternativen zu Public Affairs – zur Finanzierung eines Angebots für Cancer Survivors - gibt es für die Krebsliga Bern auf der Meso- (Ebene der Organisationen und der Leistungserbringung) und Makroebene (Ebene der übergeordneten Rahmenbedingungen)?	
11	Krebsliga Bern, Alternativen – Chancen und Risiken	Mit welchen Chancen und Risiken sind diese Alternativen verbunden?	

No.	Kategorie	Beschreibung	Ankerzitat(e)
12	Krebsliga Bern, Priorität Makro- oder Mesoebene	Welche Ebene hat für die Krebsliga Bern Priorität, die Meso- oder die Makroebene?	
13	Cancer Survivors und Advocacy durch Krebsliga Bern	Brauchen Cancer Survivors Advocacy durch die Krebsliga Bern?	«Früher gab es diese Personen gar nicht, die sind einfach gestorben. Dank des medizinischen Fortschritts gibt es diese Gruppe. Ich habe Klientinnen und Klienten, die begleite ich schon 20 Jahre, und sie sind aber immer krank. Sie haben immer Therapien. Das weiss die Öffentlichkeit gar nicht. Man hört einfach, die Überlebenschancen sind viel besser, Krebs wird zu einer chronischen Krankheit. Was das konkret heisst für die Leute, das können sich die wenigsten vorstellen. Vor allem nicht die Politikerinnen und Politiker.» Fokusgruppengespräch 1, Pos. 94
14	Weitere Aspekte, die nicht besprochen wurden		«Ich bin überzeugt, dass es eigentlich einen Kümmerer oder eine Kümmererin brauchen würde im Gesundheitswesen.» Fokusgruppengespräch 2, Pos. 82

Kategorienbildung am Material

No.	Kategorie	Beschreibung	Ankerzitat(e)
15	Rolle und Aufgaben der Krebsliga Schweiz		
16	Definition von Advocacy		
17	Medikalisierungsdiskurs		«Anwaltschaftliches Arbeiten finde ich auch wichtig in Bezug auf die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen. Diese Vereinnahmung von der Sozialen Arbeit durch die Medizin oder durch Psychologen, das ist ein Thema, wo ich im Moment auch unterwegs bin (...) wie kann sich Soziale Arbeit in diesem Berufsfeld der Sucht behaupten mit ihren eigenen Ansätzen.» Fokusgruppengespräch 1, Pos. 16
18	Koordination von Stellen und Leistungen		
19	Soziale Arbeit als wissenschaftliche Disziplin		
20	Public-Affairs-Strategien		
21	Rolle und Aufgaben der Krebsliga Bern		
22	Allianzen mit anderen Organisationen		
23	Interprofessionalität und Kooperationen		«Ich habe die Erfahrung gemacht, dass geteilte Macht häufig als Ganzes mehr Macht gibt, aber diese Erfahrung muss man eben machen.» Fokusgruppengespräch 2, Pos. 44 «Ich habe einfach erlebt in diesen dreissig Jahren, dass zunehmend eine Zweiklassenmedizin entsteht, und die Grundversorgung ist für die zweite Klasse zuständig. Es hat so viele vulnerable Menschen gegeben, auch die ganze Migrationsgeschichte kommt dazu, und ich denke, dort sollte man mehr Kooperationen herausbilden können.» Fokusgruppengespräch 2, Pos. 65