

Soziale Arbeit in und für Hausarztpraxen

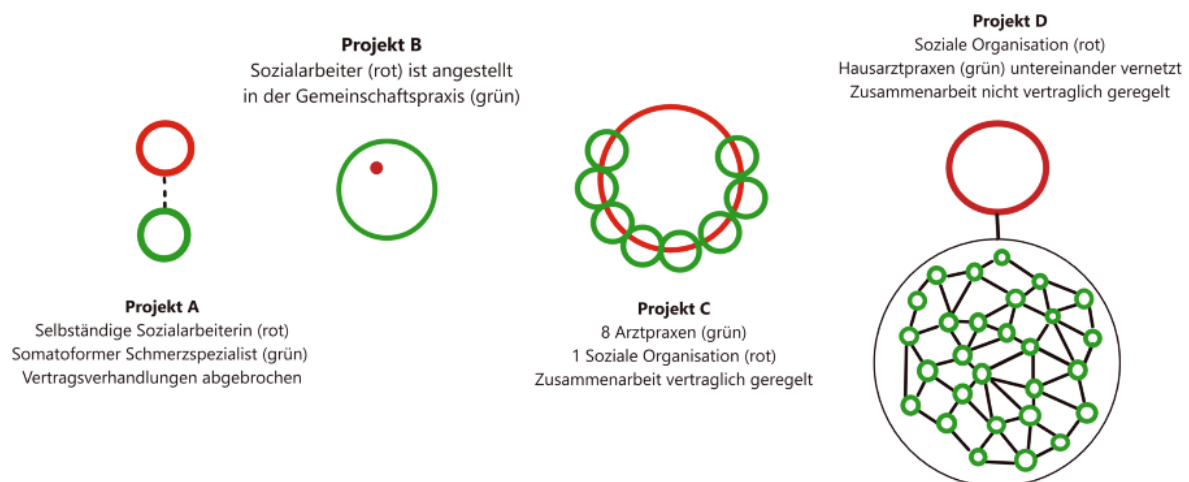
Förderliche und hinderliche Faktoren bei der Einführung und Umsetzung von Angeboten Sozialer Arbeit in und für Hausarztpraxen im Hinblick auf die Überwindung struktureller Hürden und die Implementierung einer gelingenden interprofessionellen Zusammenarbeit

Masterarbeit

Autorin: Belinda Heldner

Fachbegleitung: Dr. Louise Menzi

Abgabe: 7. Januar 2025



Titelabbildung. Organisationsformen Sozialer Arbeit in und für Hausarztpraxen
(eigene Darstellung basierend auf Analyseergebnissen)

Soziale Arbeit in und für Hausarztpraxen

Förderliche und hinderliche Faktoren bei der Einführung und Umsetzung von Angeboten Sozialer Arbeit in und für Hausarztpraxen im Hinblick auf die Überwindung struktureller Hürden und die Implementierung einer gelingenden interprofessionellen Zusammenarbeit

Masterarbeit

Autorin: Belinda Heldner

Studienbeginn: HS 2020

Master in Sozialer Arbeit, Bern | Luzern | St. Gallen

Fachbegleitung: Dr. Louise Menzi

Abgabe: 7. Januar 2025

Abstract

Im Gegensatz zu Spitälern ist es in Hausarztpraxen bisher selten, auf Angebote Sozialer Arbeit zu stossen. Die mangelnde Finanzierung ist einer der Hauptgründe dafür. Dies ist eine strukturelle Hürde, die es zu überwinden gilt, um eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit zu implementieren.

Die Fragestellung der vorliegenden Masterthesis lautet: *Welche förderlichen und hinderlichen Faktoren beeinflussen die Einführung und Umsetzung Sozialer Arbeit in und für Hausarztpraxen?* Um diese zu beantworten wurden in einem explorativen Forschungsprozess Sozialarbeitende in Expert:inneninterviews befragt, die Angebote Sozialer Arbeit in und für Hausarztpraxen eingeführt haben. Die Daten wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) entlang folgender Hauptdimensionen ausgewertet: *A) Kurzbeschreibung der Ausgangssituation der interviewten Expert:innen B) Personelle Faktoren, C) Prozessbezogene Faktoren, D) Institutionelle Rahmenbedingungen, E) Vernetzung sowie F) Aspekte interprofessioneller Zusammenarbeit.*

In den Analyseergebnissen werden Hindernisse aufgezeigt sowie Strategien, diese zu überwinden. Es werden verschiedene Möglichkeiten diskutiert, Sozialarbeit in und für Hausarztpraxen einzuführen und umzusetzen. Insbesondere die Einführungsphase ist mit einem hohen zeitlichen und finanziellen Aufwand verbunden. Doch es wird ersichtlich, dass sich dieser Aufwand lohnt, da Sozialarbeit in und für Hausarztpraxen ein hohes Potenzial hat und nicht nur Patient:innen, sondern auch Ärzt:innen entlastet.

Danksagung

Als erstes möchte ich mich für die fachliche Begleitung bei Dr. Louise Menzi, Dozentin an der Berner Fachhochschule, Soziale Arbeit bedanken. Die Gespräche haben mir geholfen, meine Gedanken zu strukturieren und eigenständig Lösungen zu entwickeln. Diese Erfahrung hat mich fachlich und persönlich wachsen lassen, wofür ich sehr dankbar bin. Weiter gilt mein Dank den Expert:innen, die ich interviewen durfte und die mit mir ihre Expertise teilten. Ohne sie wäre das ganze Forschungsvorhaben nicht möglich gewesen. Herzlichen Dank auch an René Rüegg, als wissenschaftlicher Mitarbeiter der Berner Fachhochschule, Soziale Arbeit hat er die Projekte wissenschaftlich begleitet. Daraus ist wertvolle Literatur hervorgegangen, die in vorliegender Arbeit breit Verwendung findet. Er ist Vorstandsmitglied des Fachverbands für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit (SAGES). Bei SAGES ist er Fachbereichsleiter für *Soziale Arbeit in der Arztpraxis*. Er ist eine engagierte Schlüsselperson in diesem Bereich. Danke an alle Menschen, die daran interessiert sind, das Gesundheits- und Sozialwesen besser miteinander zu verbinden, das ist für mich auch ausserhalb vorliegender Arbeit ein wichtiges Anliegen.

Ein herzliches Dankeschön geht schliesslich an Dr. Thomas Meyer, der meine Arbeit gegengelesen hat, sein Feedback war sehr wertvoll und er hat mich stets ermutigt. Schliesslich danke ich meinen Freund:innen und meiner Familie, sie sind immer für mich da.

Inhalt

Abstract	3
Danksagung	3
Tabellenverzeichnis.....	5
Abbildungsverzeichnis	6
Anhangsverzeichnis	6
1. Einleitung.....	7
1.1. Ausgangslage und Zielsetzung.....	7
1.2. Relevanz und Zielgruppe	8
1.3. Fragestellung und Methodik.....	8
1.4. Aufbau der Arbeit.....	9
2. Grundlegende Theorien und Modelle	9
2.1. Salutogenese	9
2.2. Bio-psycho-soziales Modell	13
2.3. Theorie sozialer Netzwerke	14
2.4. Theorie der Diffusion von Innovationen.....	16
2.5. Soziale Arbeit in und für Hausarztpraxen – eine soziale Innovation	18
2.5 Zusammenfassung.....	21
3. Professionstheoretische Rahmung.....	22
3.1. Relevanz aus Sicht der Sozialen Arbeit	22
3.2. Interprofessionelle Zusammenarbeit	23
3.3. Klinische Sozialarbeit	27
3.4. Potenzial Sozialer Arbeit in der Arztpraxis	29
3.5. Zusammenfassung.....	33
4. Empirischer Teil	34
4.1. Fragestellung	34
4.2. Forschungsmethodik	35
4.3. Durchführungsphase	42

4.4. Analyseergebnisse	43
A) Kurzbeschreibung der Ausgangssituation der interviewten Expert:innen	43
B) Personelle Faktoren	47
C) Prozessbezogene Faktoren	52
D) Institutionelle Rahmenbedingungen	58
E) Vernetzung	65
F) Aspekte interprofessioneller Zusammenarbeit	73
5. Schlussbetrachtungen	78
6. Literatur- und Quellenverzeichnis	82
7. Anhang.....	87

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: <i>Haupt und Subkategorien</i>	41
Tabelle 2: <i>Merkmale Sozialarbeitende</i>	48
Tabelle 3: <i>Merkmale Ärzteschaft</i>	51
Tabelle 4: <i>Bedarfsabklärung</i>	54
Tabelle 5: <i>Bekanntmachung des Angebotes</i>	56
Tabelle 6: <i>Orientierung im Einführungsprozess</i>	58
Tabelle 7: <i>Organisationale Strukturierung der Projekte</i>	60
Tabelle 8: <i>Finanzierung</i>	63
Tabelle 9: <i>Vernetzung</i>	71
Tabelle 10: <i>Ähnliche Haltung und Augenhöhe</i>	74
Tabelle 11: <i>Auftrags- und Rollenklärung</i>	76
Tabelle 12: <i>Nähe und Distanz</i>	77

Abbildungsverzeichnis

Titelabbildung: <i>Organisationsformen Sozialer Arbeit in und für Hausarztpraxen</i>	1
Abbildung 1: <i>Visualisierung der generalisierten Widerstandsressourcen</i>	11
Abbildung 2: <i>Bio-psycho-soziales Modell</i>	13
Abbildung 3: <i>Starke Bindungen</i>	15
Abbildung 4: <i>Makroperspektive der Übernahme einer erfolgreichen Innovation</i>	17
Abbildung 5: <i>Organisationsformen Sozialer Arbeit in und für Hausarztpraxen</i>	59

Anhangsverzeichnis

Anhang1: Fragebogen Expert:inneninterviews.....	87
Anhang 2: Checkliste ausgewählte Fragen der Planung.....	89

1. Einleitung

Im ersten, einleitenden Kapitel, wird die Ausgangslage und Zielsetzung, die Relevanz und Zielgruppe, die Fragestellung und Methodik sowie der Aufbau der Arbeit vorgestellt.

1.1. Ausgangslage und Zielsetzung

Gemäss Bundesamt für Gesundheit (BAG, 2024) werden 70-80 % der Gesundheitsleistungen von 10 % der Versicherten beansprucht (BAG, 2024). Verschiedene Studien zeigen auf, dass zu diesen 10 % insbesondere hochbetagte multimorbide Menschen, chronisch kranke Menschen, psychisch kranke Menschen oder Sozialhilfeempfänger:innen gehören (BAG, 2020). Gemäss Hošek et al. (2020, S. 1) sind gesundheitliche und soziale Probleme eng miteinander verzahnt. Kivimäki et al. (2020) weisen in ihrer Multikohortenstudie sozioökonomische Benachteiligung als Risikofaktor für viele Krankheiten aus. Insbesondere nennen sie psychische Störungen, Drogenmissbrauch und Selbstverletzung, die mit späteren Leber- und Nierenerkrankungen, ischämischen Herzerkrankungen, Hirninfarkt, chronisch obstruktiver Bronchitis, Lungenkrebs und Demenz in Verbindung gebracht werden (Kivimäki et al., 2020). Gemäss Mota et al. (2019, S. 1) wird ca. ein Drittel (29,8 %) der Konsultationen von Ärzt:innen als «schwierig» eingestuft. Hierbei werden folgende Kriterien berücksichtigt: Häufigkeit der Nutzung von Gesundheitsfürsorge, psychologische Komorbidität, gesundheitliche Komorbidität, riskantes Verhalten sowie prekäre soziale Situation (Mota et al., 2019, S. 1). Gemäss Rüegg (2021, S. 5) ist es in Schweizer Spitälern bereits üblich, auf Angebote der Sozialen Arbeit zu stossen. In Hausarztpraxen ist dies hingegen bis jetzt selten der Fall. Praxissozialarbeit gehört gemäss aktueller KVG-Praxis nicht zum Leistungskatalog, der über die Grundversicherung gedeckt ist (Rüegg, 2021, S. 5). Die Finanzierung ist vermutlich einer der Hauptgründe, weshalb Soziale Arbeit in der Grundversorgung bisher untervertreten ist. Dennoch existieren Angebote der Sozialen Arbeit in oder für Arztpraxen. Die Sozialarbeitenden müssen allerdings alternative Finanzierungsquellen für diese Angebote finden sowie Hausarztpraxen, die an solchen Angeboten interessiert sind. Die Zusammenarbeit lässt sich auf unterschiedliche Wege strukturieren und finanzieren. Die vorliegende Arbeit zeigt auf, wie bereits bestehende Projekte strukturiert und finanziert sind, welche Hindernisse sie überwinden mussten, und wie es schlussendlich gelingen konnte, Soziale Arbeit in und für Hausarztpraxen einzuführen und aufrechtzuerhalten.

Dass es sinnvoll ist, Sozialarbeitende in medizinische Behandlungsprozesse einzubinden, ist die Grundannahme der vorliegenden Arbeit, die vielfach belegt wird. Das primäre Ziel der Arbeit ist daher aufzuzeigen, wie sich Angebote Sozialer Arbeit in und für Hausarztpraxen tatsächlich verbreiten können, welche Hindernisse es gibt und wie diese überwunden werden können.

1.2. Relevanz und Zielgruppe

Die gängige Praxis ist heute bedauerlicherweise, dass die Soziale Arbeit häufig erst dann zum Zuge kommt, wenn Patient:innen in den letzten Auffangnetzen der sozialen Sicherheit landen (beispielsweise der Psychiatrie). Sinnvoller wäre es, zu einem früheren Zeitpunkt an den Orten präsent zu sein, die von allen möglichen Menschen aufgesucht werden, und wo ein Vertrauensverhältnis besteht: in den Hausarztpraxen. Vor diesem Hintergrund macht sich die vorliegende Arbeit dafür stark, dass es sich in einem Behandlungsprozess oftmals lohnt, nicht die medizinische Ebene isoliert, sondern den Menschen als Ganzes zu betrachten; also bio-psycho-sozialen Wechselwirkungen wahrzunehmen und Patient:innen bei Bedarf multiprofessionell zu behandeln.

Die in vorliegender Arbeit vorgestellten Projekte sind im Kontext des Abbaus von Zugangshürden zu sozialen Sicherungssystemen angesiedelt. Die Angebote, die von den Sozialarbeitenden in Zusammenarbeit mit Partner:innen entwickelt werden, sollen Patient:innen dabei helfen, solche Zugangshürden zu überwinden und die soziale Teilhabe zu verbessern. Zugangshürden können beispielsweise komplexe Anforderungen von Institutionen sozialer Sicherheit gegenüber ihrer vulnerablen Klientel sein. Insbesondere wenn mehrere Anforderungen von mehreren Institutionen koordiniert werden müssen und/oder Patient:innen nicht in der Lage sind, den Anforderungen gerecht zu werden, kann dies dazu führen, dass Leistungen nicht bezogen werden, die der Klientel legitimerweise zustehen. Auch die überlastete Ärzteschaft wird dank niederschwellig erreichbarer Angebote Sozialer Arbeit entlastet.

Vorliegende Masterthesis richtet sich insbesondere an Sozialarbeitende, die sich damit auseinandersetzen wollen, Angebote Sozialer Arbeit in oder für Hausarztpraxen aufzubauen. Das Erfahrungswissen von Sozialarbeitenden, die dies bereits geschafft haben, soll mit theoretischem Wissen verbunden werden, um diese Auseinandersetzung zu fördern.

Es geht um Projekte, die an der Schnittstelle zwischen dem Gesundheits- und Sozialwesen angesiedelt sind. So richtet sich die Arbeit auch an weitere Interessierte an dieser Thematik.

Angebote Sozialer Arbeit in und für Hausarztpraxen sind eine Innovation, die als Antwort auf die beschriebenen Herausforderungen gesehen werden kann. Bisher gibt es noch nicht viele solcher Angebote. Die Autorin hofft, mit der vorliegenden Arbeit einen Beitrag zur Verbreitung solcher Angebote zu leisten.

1.3. Fragestellung und Methodik

Im Zentrum der Arbeit steht die Frage: Welche förderlichen und hinderlichen Faktoren beeinflussen die Einführung und Umsetzung von Angeboten Sozialer Arbeit in und für Hausarztpraxen?

Um diese Frage zu beantworten, wurden Expert:inneninterviews geführt, die mittels strukturierter Inhaltsanalyse ausgewertet werden. Die Analyseergebnisse werden mit theoretischen Bezügen angereichert und diskutiert. Näheres dazu ist in Kapitel 4, dem *empirischen Teil* dargelegt. Da das Praxisfeld bisher eher klein ist, handelt es sich um ein exploratives Forschungsvorhaben.

1.4. Aufbau der Arbeit

Nach dem einleitenden Kapitel widmet sich Kapitel zwei grundlegenden Theorien und Modellen, auf denen das sozialarbeiterische Handeln begründet werden kann. In diesem Kapitel wird insbesondere auf die Theorie der Salutogenese eingegangen sowie auf das bio-psycho-soziale Modell. Danach wird auf zwei Netzwerktheorien eingegangen, die bezüglich der Verbreitung von Innovationen relevant sind. Es wird dargelegt, dass Soziale Arbeit in und für Hausarztpraxen eine soziale Innovation ist.

In Kapitel drei geht es um die professionstheoretische Rahmung. Hier wird auf die Relevanz aus Sicht der Sozialen Arbeit eingegangen sowie auf die Interprofessionelle Zusammenarbeit und die klinische Sozialarbeit. Zudem wird das Potenzial Sozialer Arbeit in und für Hausarztpraxen dargelegt.

In Kapitel vier wird die Fragestellung erläutert, die Forschungsmethodik vorgestellt und die Durchführungsphase beschrieben. Danach folgen die Analyseergebnisse, geordnet nach Kategorien: *A) Kurzbeschreibung der Ausgangssituation der interviewten Expert:innen, B) Personelle Faktoren, C) Prozessbezogene Faktoren, D) Institutionelle Rahmenbedingungen, E) Vernetzung und F) Aspekte interprofessioneller Zusammenarbeit.*

Das fünfte Kapitel beinhaltet die Schlussbetrachtungen. Darin werden zentrale Erkenntnisse festgehalten und kritisch gewürdigt. Mögliche Anschlussfragen an vorliegende Forschungsarbeit werden festgehalten und runden die Arbeit ab.

2. Grundlegende Theorien und Modelle

In diesem Kapitel wird auf vier wesentliche Theorien und Modelle eingegangen, die, für im Gesundheitswesen tätige Sozialarbeitende, nützlich sind. Die ersten zwei widmen sich der Sinnhaftigkeit, Soziale Arbeit in medizinische Behandlungsprozesse zu inkludieren. Dazu wird auf die Theorie der Salutogenese eingegangen sowie auf das bio-psycho-soziale Modell. Zur theoretischen Rahmung der Frage, wie sich die Angebote Sozialer Arbeit in und für Hausarztpraxen auf institutioneller Ebene verbreiten können, wird darüber hinaus auf Netzwerktheorien zurückgegriffen. Dazu werden Handlungen auf der Mikroebene mit Auswirkungen auf der Mesoebene verknüpft.

2.1. Salutogenese

Salus stammt aus dem Lateinischen und bedeutet Gesundheit oder Wohlbefinden, während Genese aus dem Griechischen kommt und Entstehung bedeutet. Es handelt sich also um den «Ursprung der

Gesundheit» (Lindström & Eriksson, 2019, S. 37). Gemäss Antonovsky (1987/1997, S. 29-30), dem Begründer der Salutogenese, kann diese komplementär zur Pathogenese verstanden werden. Statt sich wie in der Pathologie damit zu befassen, was krank macht, geht es in der Salutogenese darum, was gesund macht bzw. erhält. Hierbei werden Stressoren als etwas Allgegenwärtiges akzeptiert und deren Folgen nicht zwangsläufig als etwas Pathologisches verstanden sondern möglicherweise – abhängig vom Charakter des Stressors und der erfolgreichen Auflösung der Anspannung – als etwas gesundes (Antonovsky, 1987/1997, S. 29-30).

Antonovskys (1987/1997, S. 92) berühmte Metapher, in der das Leben mit einem Fluss verglichen wird, bringt dies auf den Punkt.

Niemand geht sicher am Ufer entlang. Darüber hinaus ist für mich klar, dass ein Grossteil des Flusses sowohl im wörtlichen als auch im übertragenen Sinn verschmutzt ist. Es gibt Gabelungen im Fluss, die zu leichten Strömungen oder in gefährliche Stromschnellen und Strudel führen. Meine Arbeit ist der Auseinandersetzung mit folgender Frage gewidmet: 'wie wird man, wo immer man sich in dem Fluss befindet, dessen Natur von historischen, soziokulturellen und physikalischen Umweltbedingungen bestimmt wird, ein guter Schwimmer?' (S. 92)

Der salutogene Ansatz legt den Fokus auf gesundheitsfördernde Ressourcen und Prozesse. Die Grundlage der Salutogenese-Theorie bildet das Konzept, dass Gesundheit als eine Position auf einem Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit betrachtet wird, wobei eine Bewegung in Richtung Gesundheit im Mittelpunkt steht (Lindström & Eriksson, 2019, S. 39). In der Salutogenese haben zwei Konzepte darauf einen wesentlichen Einfluss: jenes der generalisierten Widerstandsressourcen sowie jenes des Kohärenzsinn. Diese werden im Folgenden vorgestellt.

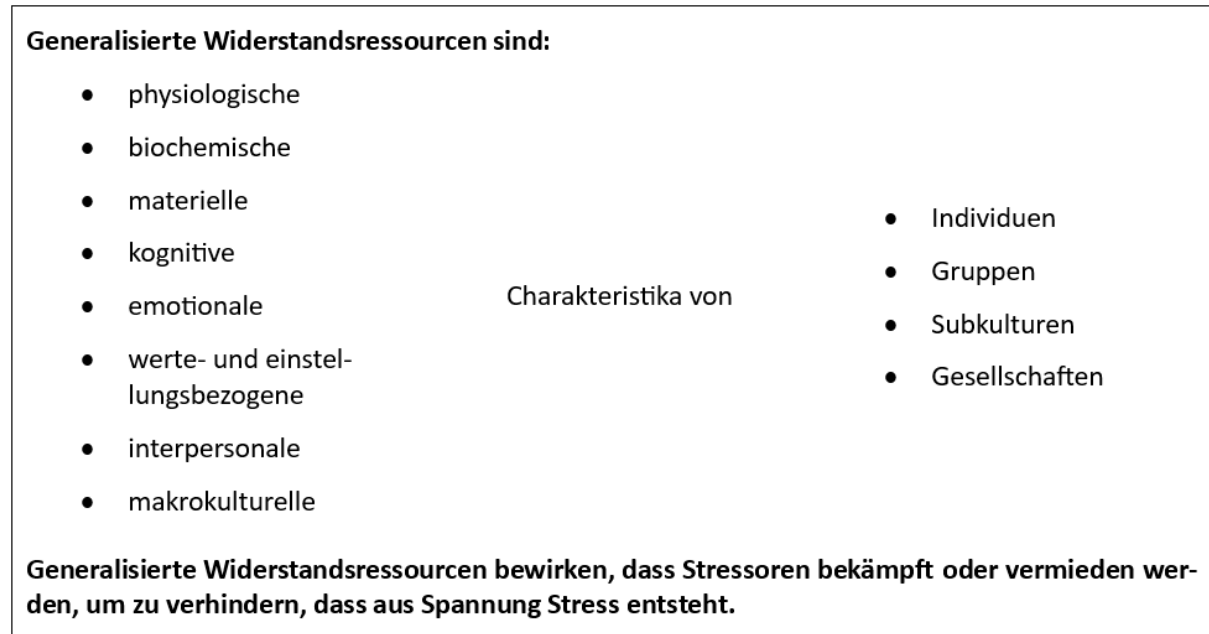
Generalisierte Widerstandsressourcen

Basierend auf Antonovskys Überlegungen von 1979 erläutern Lindström und Eriksson (2019, S. 39-40) das heutige Verständnis der generalisierten Widerstandsressourcen. Diese Ressourcen sind entscheidend für die Entwicklung des Kohärenzsinn und können sowohl innerhalb als auch ausserhalb einer Person gefunden werden. Als Beispiele für generalisierte Widerstandsressourcen zählen sie «Geld, Wohnung, Selbstachtung, Wissen, Vererbung, Gesundheitsorientierung, Kontakt mit inneren Gefühlen, soziale Beziehungen, existenzielle Fragen, Überzeugungen, Religion und Lebenssinn» auf (Lindström & Eriksson, 2019, S. 39-40).

Abbildung 1 visualisiert das Konzept der generalisierten Widerstandsressourcen.

Abbildung 1

Visualisierung der generalisierten Widerstandsressourcen



Anmerkung. Visualisierung des Konzeptes der Generalisierten Widerstandsressourcen (In Anlehnung an Antonovsky, 1979, S. 103; sowie leicht modifiziert nach Lindström, 2019, S. 40)

Entscheidend ist gemäss Lindström und Eriksson (2019, S. 40) nicht nur über die Ressourcen zu verfügen, sondern über die Fähigkeit, sie in einer Gesundheit fördernden Weise zu nutzen. Hierbei hilft der Kohärenzsinn.

Kohärenzsinn

Der Kohärenzsinn vermittelt inneres Vertrauen, Zuversicht und die Fähigkeit, interne und externe Ressourcen zu nutzen und gesundheitsfördernd einzusetzen (Lindström & Eriksson, 2019, S. 38).

Antonovsky definiert den Kohärenzsinn wie folgt (1987/1997):

Der Kohärenzsinn ist eine globale Orientierung, die ausdrückt, inwieweit man ein durchdringendes, anhaltendes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

1. die Stimuli aus der inneren und äusseren Umgebung strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind;
2. einem die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen dieser Stimuli zu begegnen;
3. diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengung und Engagement lohnen. (S. 36)

Antonovsky (1987/1997, S. 34-35) siedelt den Kohärenzsinn auf drei Ebenen an: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. **Verstehbarkeit** bezieht sich auf das Ausmass, in dem interne und externe Stimuli als kognitiv sinnvoll wahrgenommen werden. **Handhabbarkeit** umfasst das Repertoire an internen und externen Ressourcen, auf die man zugreifen kann, um Situationen zu bewältigen. **Bedeutsamkeit** bezieht sich auf die emotionale Ebene und motiviert Menschen, sich zu engagieren. Herausforderungen werden als wichtig genug angesehen, emotional zu investieren und sich zu engagieren (Antonovsky, 1987/1997, S. 34-35).

Empirische Studien zeigen, dass ein starker Kohärenzsinn die Gesundheit fördert. Eriksson und Lindström (2006) zeigen in einer systematischen Untersuchung, dass ein starker Kohärenzsinn eng mit guter psychischer Gesundheit verbunden und ein zuverlässiger Prädiktor für die Gesundheit ist (Eriksson & Lindström, 2006). In einer Längsschnittstudie zeigen McGregor et al. (2018) auf, dass der Kohärenzsinn ein wichtiger Faktor für die Stressbewältigung und das psychische Wohlbefinden ist.

Ein starker Kohärenzsinn ermöglicht es Menschen, Ressourcen in gesundheitsfördernder Weise zu nutzen (Maas, 2019, S. 104). Bezogen auf Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis soll hier ein Beispiel aufgeführt werden: Eine Patientin ist chronisch krank und seit mehreren Jahren bei ihrer Hausärztin in Behandlung. Die Krankheit kann nicht einfach geheilt werden, aber der Verlauf kann mit Medikamenten abgemildert werden. Die Patientin will eigentlich die medikamentöse Therapie machen, aber ihre Adhärenz (Therapiemotivation) ist lückenhaft, und sie schafft es irgendwie nicht, die Medikamente über mehrere Jahre hinweg regelmässig einzunehmen.

Die Sozialarbeiterin, die für die Hausarztpraxis arbeitet, kann in Gesprächen mit der Patientin darauf achten, ob die Patientin kognitiv versteht, wieso sie die Therapie machen sollte (Verstehbarkeit). Hat sie z.B. verstanden, was die Vor- und Nachteile der Therapie sind? Oder ergeben sich Fragen an die Sozialarbeiterin bzw. die Ärztin? Bezogen auf die Handhabbarkeit kann thematisiert werden, wie es im Alltag gelingen kann, die Medikamente einzunehmen: Würde es sich lohnen, eine App zu installieren, die die Patientin dabei unterstützen kann? Oder ist ein regelmässiger Eintrag im Kalender eine passende Lösung? Welche konkreten (allenfalls kreativen) Hilfestellungen im Alltag erleichtern es der Patientin, ihre Medikamente regelmässig einzunehmen? Bezogen auf die Bedeutsamkeit kann die Sozialarbeiterin motivational darauf eingehen, weshalb es sich lohnt, die Therapie zu machen, z.B. indem lösungsorientierte Fragen gestellt werden wie „Welches wären denn die Vorteile, wenn Sie die Medikamente regelmässig einnehmen?“

Selbstverständlich sind professionelle Gesprächsführungsmethoden wie z.B. die Motivierende Gesprächsführung nach Miller und Rollnick (2015), die der Sozialarbeiterin zur Verfügung stehen, individuell auf die Bedürfnisse der Patientin anzupassen.

Inwiefern Beratungen durch Sozialarbeitende bei Patient:innen mit einer Depression dazu beitragen, dass sie sich in Richtung des gesunden Pols bewegen, beleuchtet die Autorin ausführlich in ihrer Bachelorarbeit (Heldner, 2020). Hierbei spielen die Vermittlung von Ressourcen, die die Patient:innen nutzen können, sowie die Orientierung am Konzept des Kohärenzsinn eine wesentliche Rolle. Es wird ersichtlich, dass die Beratung durch Sozialarbeitende eine Ressource ist, die den Zugang zu weiteren Ressourcen ermöglicht (Heldner, 2020, S. 21). Näheres zum Auftrag klinischer Sozialarbeit ist in Kapitel, 3.3., *Klinische Sozialarbeit* zu finden.

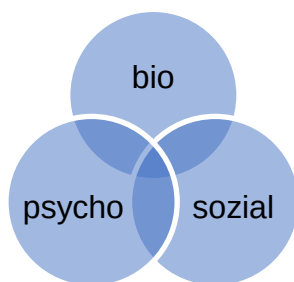
2.2. Bio-psycho-soziales Modell

Gemäss van den Höfel et al. (2023) ist das bio-psycho-soziale Modell ein Ansatz zur Erklärung von Krankheiten, bei dem die Entstehung und das Fortbestehen einer Krankheit unter Berücksichtigung biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren verstanden wird. Das bio-psycho-soziale Modell, das 1977 vom amerikanischen Medizinteoretiker George Libman Engel eingeführt wurde, betrachtet biologische, psychologische und soziale Faktoren sowie deren gegenseitige Wechselwirkungen. Es wird vorwiegend in der Psychologie angewendet, dient aber auch als Erklärungsmodell für chronische Krankheiten (van den Höfel et al., 2023).

Dargestellt wird das Modell häufig mittels dreier Kreise, die sich leicht überlappen. Ein Kreis steht für eine Ebene: die biologische, die psychologische und die soziale. Dies wird in Abbildung 2 veranschaulicht.

Abbildung 2

Bio-psycho-soziales Modell



Anmerkung. Bio-psycho-soziales Modell (eigene Darstellung)

Um die Relevanz dieses Modells für die Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis aufzuzeigen, werden im Folgenden Beispiele aufgeführt.

Eine Frau sucht ihren Hausarzt auf, da sie Quetschungen und Prellungen am Körper hat. Sie ist regelmässig Opfer häuslicher Gewalt und hat ihren Mann bisher nicht verlassen.

Ein Mann schafft es nicht, seine Diät einzuhalten. Er ist mit seinen Lebensumständen unzufrieden und das Essen ist seine altbewährte Bewältigungsstrategie, um mit Frust umzugehen. Sein Diabetes verschlimmert sich.

Eine Frau verliert nach einem Autounfall wichtige Fähigkeiten, und sie kann nicht mehr in ihrem gelernten Beruf arbeiten. Mehrere Sozialversicherungen stellen Anforderungen an die Patientin, denen sie nicht gewachsen ist. Auch ihr Hausarzt ist mit den komplexen sozialversicherungsrechtlichen Anforderungen überfordert und kann der Patientin nicht wirklich weiterhelfen. Ihr Partner verlässt sie in dieser Zeit, und die Patientin versucht ihre negativen Gefühle mit Cannabis zu dämpfen. Sie isoliert sich zunehmend, trifft ihre Freund:innen immer seltener und bleibt vermehrt allein zu Hause. Aufgrund der Überforderungsgefühle öffnet sie ihre Post nur ungern, was dazu führt, dass Pendenzen wie das fristgerechte Bezahlen von Rechnungen oder das Ausfüllen von Formularen für Sozialversicherungen unbearbeitet bleiben. Es fallen die ersten Betreibungen an und die Post zu öffnen wird immer unangenehmer. Das Vermeidungsverhalten nimmt zu und sie verliert zunehmend den Halt. Ihr langjähriger Hausarzt weiss von der Problematik, da sie ihn ins Vertrauen gezogen hat. Wirklich weiterhelfen kann er ihr mit seinen ihm zur Verfügung stehenden Methoden jedoch nicht. Zwar spricht er mit ihr über ihre Probleme, behandeln kann er jedoch „nur“ ihre körperlichen Beschwerden.

Dies sind leicht veränderte Beispiele von Patient:innen, die die Autorin während ihrer Tätigkeit in der Psychiatrie kennengelernt hat. Sie sollen aufzeigen, dass es Patient:innen gibt, bei denen es nicht erfolgversprechend ist, die biologische Ebene isoliert zu betrachten. Sondern es ist ratsam, gesundheitlich-soziale Abwärtsspiralen möglichst frühzeitig zu unterbrechen. Daher ist es ratsam, bio-psycho-soziale Zusammenhänge früher zu beachten und entsprechend zu reagieren, indem Sozialarbeitende involviert werden. Diese sind spezialisiert auf die Wechselwirkungen zwischen Individuum und Umwelt. Näheres dazu wird in Kapitel 3.3., *Klinische Sozialarbeit* sowie Kapitel 3.4, *Potenzial Sozialer Arbeit in der Arztpraxis* dargelegt.

Das bio-psycho-soziale Modell sowie die Theorie der Salutogenese zeigen grundlegend die Sinnhaftigkeit des Einbindens Sozialer Arbeit in medizinische Behandlungsprozesse auf. Sie eignen sich dafür, auf inhaltlicher Ebene für die Soziale Arbeit in und für Hausarztpraxen zu argumentieren (Steigerung des Patient:innenwohls).

Damit Angebote Sozialer Arbeit in und für Hausarztpraxen tatsächlich genutzt werden, müssen sie jedoch nicht nur sinnvoll sein, sondern auch tatsächlich zur Verfügung stehen, sich also im Praxisfeld verbreiten. Damit dies geschehen kann, ist die Vernetzung zwischen Sozialer Arbeit und Hausarztpraxen zentral. Darauf wird in den *Analyseergebnissen* in Kapitel 4 näher eingegangen. Um eine theoretische Rahmung für die Verbreitung der Angebote auf der Makroebene herzuleiten, wird im Folgenden auf Netzwerktheorien zurückgegriffen.

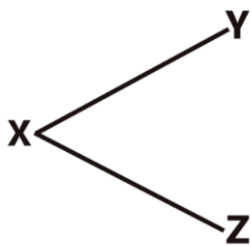
2.3.Theorie sozialer Netzwerke

Granovetter (1973, S. 1360) schlägt als Instrument zur Verknüpfung zwischen Mikro- und Makroebene die Analyse sozialer Netzwerke vor. Hierbei wird die Stärke dyadischer Bindungen auf der Mikroebene

analysiert, und deren Auswirkungen auf der Makroebene werden veranschaulicht. Es wird argumentiert, dass die Stärke ihrer Bindung zueinander direkt mit dem Mass der Überlappung ihrer Freundschäftsnetzwerke zusammenhängt. Die Auswirkungen dieses Zusammenhangs werden in Bezug auf die Verbreitung von Einfluss und Informationen, die Mobilitätschancen und die Struktur von Gemeinschaften untersucht, wobei der Schwerpunkt auf der verbindenden Kraft schwacher Bindungen liegt (Granovetter, 1973, S. 1360). Das intuitive Verständnis der „Stärke“ einer Bindung wird hierbei verstanden als eine (wahrscheinlich lineare) Kombination aus der Zeitspanne, der emotionalen Intensität, der Intimität (gegenseitigem Vertrauen) und den gegenseitigen Diensten, die die Bindung charakterisieren (Granovetter, 1973, S. 1361). Starke Bindungen erfordern viel Zeit, demnach ist deren Anzahl begrenzt (Granovetter, 1973, S. 1362).

Abbildung 3

Starke Bindungen



Anmerkung. Starke Bindung zwischen X-Y und X-Z. (eigene Darstellung angelehnt an Granovetter, 1973, S. 1363)

Für starke Bindungen sind mehr Zeit und mehr Ähnlichkeit erforderlich als für schwache Bindungen. Schwache Bindungen können zahlreicher vorhanden sein und spielen beispielsweise im beruflichen Zusammenhang eine bedeutende Rolle. Mit schwachen Bindungen können mehr Menschen erreicht werden (Granovetter, 1973, S. 1369). Schwache Bindungen sind aus der Sicht der Einzelnen eine wichtige Ressource, um Mobilitätsmöglichkeiten zu ermöglichen. Aus der Makroperspektive betrachtet sind schwache Bindungen wichtig für die soziale Kohäsion. Wenn jemand den Arbeitsplatz wechselt, bewegt sich diese Person nicht nur von einem Netzwerk zum anderen, sondern stellt auch eine Verbindung zwischen diesen Netzwerken her. Eine solche Verbindung ist häufig von der gleichen Art wie diejenige, die der Person überhaupt erst den Wechsel ermöglicht hat. Besonders innerhalb von klar abgegrenzten technischen und beruflichen Fachgebieten baut diese Art von Mobilität ausgefeilte Strukturen auf. So werden schwache Bindungen zwischen kohärenten Clustern überbrückt, die operative Netzwerke an bestimmten Standorten bilden. Ideen und Informationen fließen so leichter durch das Fachgebiet und verleihen ihm ein gewisses «Gemeinschaftsgefühl», das bei Treffen und Kongressen aktiviert wird. Die Aufrechterhaltung schwacher Bindungen könnte laut Granovetter die wichtigste Konsequenz solcher

Treffen sein (Granovetter, 1973, S. 1373). Schwache Bindungen sind insbesondere für die Bekanntmachung von Angeboten Sozialer Arbeit in und für Hausarztpraxen zentral, indem die gut vernetzten Hausärzt:innen untereinander darüber sprechen. Dies wird in den *Analyseergebnissen*, Kapitel 4.4 dargelegt (insbesondere in den Subkategorien *C2 Bekanntmachung des Angebotes* sowie *E7 Vernetzung der Hausärzt:innen* untereinander).

2.4.Theorie der Diffusion von Innovationen

Die Einführung von Sozialer Arbeit in Hausarztpraxen lässt sich als Innovation begreifen, weshalb Everett M. Rogers' Theorie der Diffusion von Innovationen (Rogers, 2003; zit. in Karnowski & Kümpel, 2016) als theoretischer Rahmen dient. Karnowski und Kümpel (2016) liefern eine präzise Zusammenfassung der Originalwerke von Rogers (1962–2003) und ermöglichen so einen fundierten Zugang auf Deutsch.

Rogers definiert Innovation als eine «Idee, Praxis oder ein Objekt, das als neu wahrgenommen wird» (Rogers, 2003, S. 11). Die Diffusionstheorie betrachtet die Verbreitung von Innovationen sowohl auf Mikro- als auch Makroebene. Der Innovations-Entscheidungs-Prozess, idealtypisch in fünf Phasen gegliedert, ist hierbei zentral (Rogers, 2003; zit. in Karnowski & Kümpel, S. 99-102):

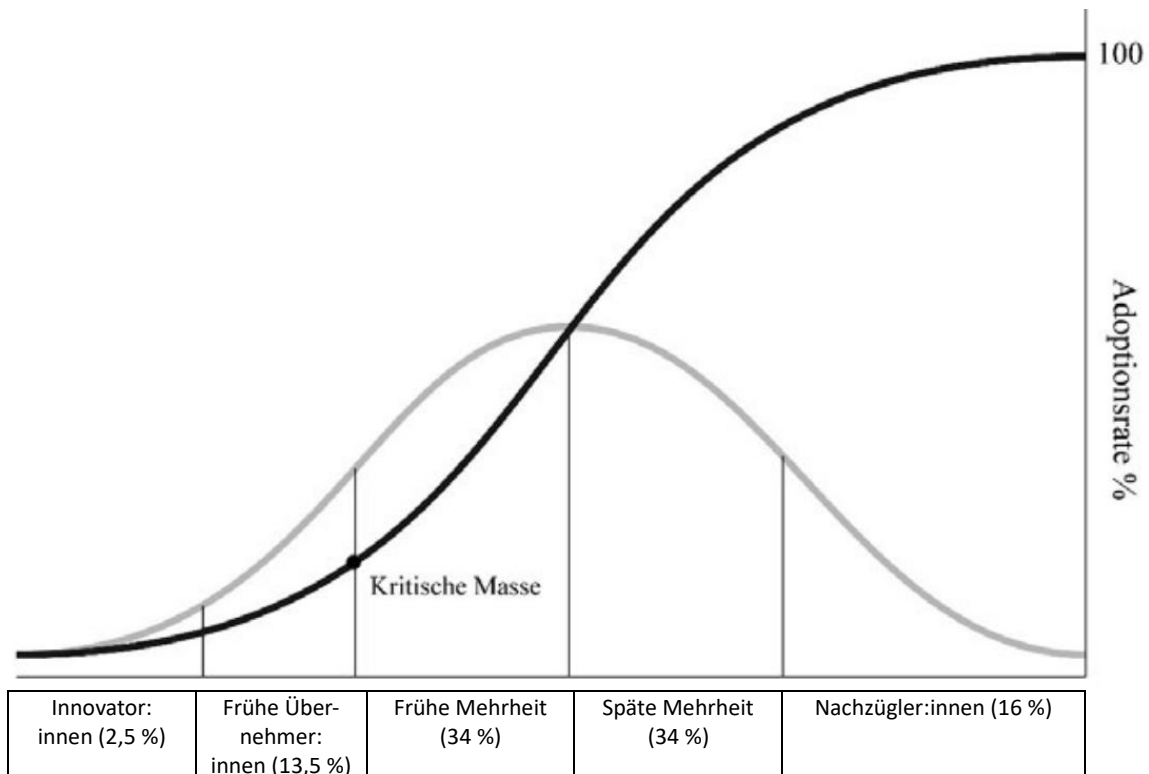
1. **Knowledge (Wissen):** Individuen lernen die Innovation kennen und differenzieren zwischen:
 - Awareness-knowledge (Existenz der Innovation)
 - How-to-knowledge (korrekte Anwendung)
 - Principles knowledge (Funktionsweise).Fehlendes Wissen, v. a. im „How-to“, kann Ablehnung oder Abbruch der Nutzung bewirken.
2. **Persuasion (Überzeugung):** Individuen bilden Einstellungen zur Innovation, wobei ein positiver Eindruck nicht zwangsläufig zur Adaption führt. Gerade bei sozial erwünschten Innovationen, wie Präventionsmaßnahmen, ist eine Diskrepanz zwischen Einstellung und Handlung typisch.
3. **Decision (Entscheidung):** In dieser Phase erfolgt die Annahme oder Ablehnung. Ablehnung kann aktiv (nach Abwägung) oder passiv (ohne ernsthafte Erwägung) sein.
4. **Implementation (Einführung):** Die tatsächliche Nutzung beginnt, wobei es oft zur Re-Invention kommt, einer Anpassung der Innovation durch die Nutzenden. Dies fördert eine nachhaltige und vielfältige Nutzung.
5. **Confirmation (Bestätigung):** Informationen, die die Entscheidung unterstützen, werden aktiv gesucht. Negative Eindrücke können jedoch zu einem Abbruch führen, etwa durch **Ablösung** (Ersatz) oder **Ernüchterung** (Enttäuschung) (Rogers, 2003; zit. in Karnowski & Kümpel, 2016, S. 99-102).

Der Prozess der Innovationsdiffusion auf der Makroebene

Um die Frage zu beantworten, wie sich eine Neuerung innerhalb der Gesamtheit einer bestimmten sozialen Gruppe verbreitet, wird der Prozess der Innovationsdiffusion auf der Makroebene dargestellt (Abbildung 4).

Abbildung 4

Makroperspektive der Übernahme einer erfolgreichen Innovation



Anmerkung. Makroperspektive der Übernahme einer erfolgreichen Innovation (Karnowski & Kümpel, 2016, S. 102)
 Anmerkung. Originalabbildung mit männlichen Bezeichnungen auf der X-Achse von der Autorin durch genderneutrale Form ersetzt.

Die S-Kurve in Abb. 4 zeigt, dass am Anfang des Diffusionsprozesses die Verbreitung der Innovation noch eher gering ist. Nach Erreichen der kritischen Masse nimmt der Prozess an Intensität zu und steigt stark an. Die Innovation verbreitet sich ab diesem Punkt quasi selbsttätig weiter und nimmt gegen Ende schliesslich allmählich ab (Karnowski & Kümpel, 2016, S. 102). Die Autorin geht davon aus, dass die Verbreitung von Angeboten Sozialer Arbeit in und für Hausarztpraxen schweizweit betrachtet noch eher am Anfang ist. Dort jedoch, wo es ein bekanntes Projekt gibt, das für eine ganze Region zugänglich ist (Projekt D) ist die Adaptionrate bereits höher. Siehe dazu die Subkategorien *C2 Bekanntmachung* des Angebotes sowie *D1 Organisationale Strukturierung der Projekte*.

Rogers (2003; zit. in Karnowski & Kümpel, 2016, S. 99-102) konstruiert je nach Übernahmezeitpunkt, Status, Persönlichkeitsmerkmalen und Kommunikationsverhalten unterschiedliche Übernahme-Typen:

1. **Innovator:innen (2,5 %):** Risikobereite Personen mit hoher Toleranz für Unsicherheiten und weitreichenden, oft geografisch vielfältigen sozialen Netzwerken, die neue Ideen früh integrieren.
2. **Frühe Übernehmer:innen (13,5 %):** Lokal und sozial stark eingebundene Meinungsführer:innen. Durch Ansehen und Vorbildfunktion tragen sie massgeblich dazu bei, dass die Innovation im sozialen System akzeptiert und verbreitet wird.
3. **Frühe Mehrheit (34 %):** Personen mit vielen sozialen Kontakten, aber weniger Führungscharakter, die nach Erreichen der kritischen Masse Innovationen übernehmen.
4. **Späte Mehrheit (34 %):** Skeptische Individuen, die Neuerungen meist erst bei sozialem oder ökonomischem Druck akzeptieren. Sie vermeiden Risiken und sind oft finanziell eingeschränkt.
5. **Nachzügler:innen (16 %):** Stark traditionsorientierte Personen mit wenig Netzwerkbindung, die Neuerungen nur zögerlich und mit großem Misstrauen übernehmen.

Diese Gruppen zeigen die Vielfalt an Adoptionsverhalten und unterstreichen den dynamischen Charakter des Diffusionsprozesses (Rogers, 2003; zit. in Karnowski & Kümpel, 2016, S. 103).

Inwiefern die Beschreibungen der Übernahme-Typen auf die Hausärzt:innen zutrifft, müsste in einer separaten Forschungsarbeit untersucht werden. In vorliegender Arbeit wurde herausgefunden, dass es sich bei den ersten übernehmenden Praxen um solche mit einem ausgeprägten sozialen Verständnis handelt (siehe dazu in Kapitel 4.4 *Analyseergebnisse* die Subkategorie B2, *Merkmale Ärzteschaft*).

2.5. Soziale Arbeit in und für Hausarztpraxen – eine soziale Innovation

Eine Definition davon, was eine soziale Innovation ist, liefert das Kompetenzzentrum Soziale Innovation Sachsen-Anhalt, das während 5 Jahren soziale Innovationen untersucht hat. Im Folgenden die Kriterien zur Identifikation einer sozialen Innovation (Landesportal Sachsen-Anhalt, 2024):

- Das Ziel besteht darin, ein gesellschaftliches Problem zu lösen und dadurch sowohl das allgemeine als auch das individuelle Wohl zu steigern.
- Eine soziale Innovation zeichnet sich durch ihre relative Neuartigkeit aus, die sich auf den Raum, die Zeit oder den Kontext bezieht.
- Sie bietet wirkungsvollere Lösungsansätze als die bisherigen Methoden.
- Durch die Akzeptanz in der Zielgruppe wird sie langfristig im sozialen Gefüge verankert und trägt so zu einem nachhaltigen gesellschaftlichen Wandel bei.
- Das Konzept einer sozialen Innovation sollte zudem potenziell auf andere Kontexte übertragbar sein (Landesportal Sachsen-Anhalt, 2024).

Es wird ersichtlich, dass Soziale Arbeit in und für die Hausarztpraxis als soziale Innovation bezeichnet werden kann. Im Folgenden wird auf die einzelnen Punkte eingegangen:

- Das Ziel besteht darin, ein gesellschaftliches Problem zu lösen und dadurch sowohl das allgemeine als auch das individuelle Wohl zu steigern:

Das gesellschaftliche Problem, das gelöst werden soll, ist beispielsweise den Patient:innen zu helfen, Zugangshürden zu hochschwelligem Sozialversicherungen zu überwinden und dadurch Armut abzuwenden oder zu mildern, wodurch das Wohl gesteigert werden soll (Rüegg, 2021, S. 18). Je nach Situation der Patient:innen sind unterschiedliche Probleme im Fokus, die abgemildert oder behoben werden sollen. Weiter sind die hohen Kosten im Gesundheitswesen ein Problem. Gerade die «schwierigen Patient:innen», die zwar häufig in der Praxis erscheinen, jedoch kaum Behandlungserfolge aufweisen, können durch Sozialberatung umfassender behandelt werden. Beispielsweise indem sie von Sozialarbeitenden mittels Case Management effizienter durch das Gesundheits- und Sozialsystem gelotst werden können, die Therapiemotivation mittels professioneller Gesprächsführungsmethoden gestärkt werden kann sowie der Einsamkeit von Patient:innen entgegengewirkt werden kann, was nicht nur förderlich für die Gesundheit ist, sondern weiter dazu führen kann, dass Patient:innen von Sozialarbeitenden vermittelte Angebote aufsuchen anstelle der Hausarztpraxis, um der Einsamkeit entgegenzuwirken. Somit könnten Kosten langfristig gesenkt werden. Auch auf das Problem des Fachkräftemangels ist Soziale Arbeit in und für Hausarztpraxen eine Antwort, da somit die jeweiligen Fachpersonen ihre jeweiligen Kerngebiete im Fokus behalten können. Auf die genannten Aspekte wird in Kapitel 3.4, *Potenzial Sozialer Arbeit in Hausarztpraxen* vertieft eingegangen.

- Eine soziale Innovation zeichnet sich durch ihre relative Neuartigkeit aus, die sich auf den Raum, die Zeit oder den Kontext bezieht.

Es gab bereits Soziale Arbeit und es gab bereits Hausarztpraxen. Die Form der engen Zusammenarbeit ist jedoch neu.

- Sie bietet wirkungsvollere Lösungsansätze als die bisherigen Methoden.

Es kann davon ausgegangen werden, dass die Lösungsansätze wirkungsvoller sind als bisher. Denn Patient:innen haben auch schon vorher über ihre sozialen Probleme mit Ärzt:innen gesprochen, diese waren jedoch damit überfordert (Mota et al., 2019, S. 1). Mit Sozialer Arbeit in und für die Hausarztpraxis können Ärzt:innen ihre «schwierigen Patient:innen» an eine Stelle überweisen, von der sie wissen, dass sie das Problem fachlich fundiert weiterbearbeiten (McGregor et al., 2018; Rüegg, 2021). Damit ist sowohl den Ärzt:innen als auch den Patient:innen besser geholfen (Rüegg, 2021, S. 10). Die Anzahl der Zuweisungen zeigt, dass die Projekte rege genutzt werden, was darauf hinweist, dass sie als nützlich wahrgenommen werden. Darauf wird in den Analyseergebnissen eingegangen.

- Durch die Akzeptanz in der Zielgruppe wird sie langfristig im sozialen Gefüge verankert und trägt so zu einem nachhaltigen gesellschaftlichen Wandel bei.

Die Autorin wollte mit vorliegender Masterthesis nicht herausfinden, ob die Angebote von den Patient:innen akzeptiert werden. Sie geht jedoch davon aus, dass die Patient:innen die Beratungsangebote akzeptieren, da es von den Patient:innen, die sich beraten lassen eine freiwillige Entscheidung ist. Obschon Freiwilligkeit ein dehnbarer Begriff ist, denn es geht primär um die Linderung von Leidensdruck und nicht um etwas, dass sie zum Spass machen. Es gibt jedoch keine Sanktionen bei Nichterscheinen wie sie beispielsweise bei der KESB oder auf dem Sozialdienst existieren. Die interviewten Expert:innen (B und C) teilten mit, dass Patient:innen, die sich bereits beraten liessen, freiwillig und ohne Zuweisung wiederkommen. Auch die Ärzteschaft kann als Zielgruppe identifiziert werden. Die gute Auslastung der Angebote, also die Anzahl der Zuweisungen, liefert klare Hinweise darauf, dass die Ärzteschaft die Angebote akzeptiert.

Die Soziale Arbeit als Profession wird definiert als Förderin des sozialen Wandels (AvenirSocial, 2010, S. 9). Es geht um die Ermächtigung und Befreiung von Menschen mit dem Ziel, ihr Wohlbefinden anzuheben. Die Soziale Arbeit vermittelt zwischen Menschen und ihren sozialen Umfeldern (AvenirSocial, 2010, S. 9). Daher trägt Soziale Arbeit in und für Hausarztpraxen zum sozialen Wandel in der Gesellschaft bei. Die Sozialarbeitenden tragen zu dem Sensibilisierungsprozess bei, die biologische Ebene nicht isoliert zu betrachten, sondern einen ganzheitlichen Ansatz zu verfolgen. Das bedeutet, den Menschen als Teil seiner jeweiligen Umgebung zu betrachten und wo nötig die vielschichtigen Problemlagen multiprofessionell zu behandeln. Dies entlastet nicht nur Patient:innen, sondern auch Hausärzt:innen. Dadurch, dass die Hausärzt:innen untereinander bestens vernetzt sind, erzählen sie sich von ihren Erfahrungen mit den Sozialarbeitenden, was dazu führt, dass sich die Angebote verbreiten, was ein klarer Hinweis darauf ist, dass die Angebote akzeptiert werden. Auf die *Bekanntmachung der Angebote* (Subkategorie C2) sowie den Aspekt der *Vernetzung* (Kategorie E) wird in Kapitel 4.4, den *Analyseergebnissen* eingegangen.

- Das Konzept einer sozialen Innovation sollte zudem potenziell auf andere Kontexte übertragbar sein.

Ist das Konzept potenziell auf andere Kontexte übertragbar? Die Autorin würde diese Frage mit ja beantworten. Beispielsweise gibt es auch Soziale Arbeit in und für die Psychotherapiepraxis oder die Spitex. Es ist denkbar, Angebote Sozialer Arbeit an unterschiedlichen Orten im Gesundheitswesen anzubieten, beispielsweise Physiotherapiepraxen, wo viele Patient:innen, beispielsweise nach einem Unfall, die bio-psycho-sozialen Folgen tragen müssen.

Es wird ersichtlich, dass Soziale Arbeit in und für Hausarztpraxen eine soziale Innovation ist.

Die Autorin hofft, dass vorliegende Masterthesis einen Beitrag zu der Verbreitung dieser Innovation ist, da sie aufzeigt, welche Hindernisse es bei der Einführung und Umsetzung Sozialer Arbeit in und für Hausarztpraxen gibt und wie diesen begegnet werden kann. Es werden unterschiedliche Modelle vorgestellt, wie Sozialarbeit in und für Hausarztpraxen strukturiert werden kann. Welches Modell gewählt wird, integrierte Sozialberatung, externe Sozialberatung vor Ort oder ausserhalb der Praxis, hängt von den Präferenzen ab, die Sozialarbeitende mitbringen. Zudem ist es eine Frage der Vernetzung und den Ressourcen, die sich daraus ergeben und von den Sozialarbeitenden genutzt werden können, um Angebote Sozialer Arbeit in und für Hausarztpraxen einzuführen und umzusetzen. So können jeweilige strukturelle Hürden überwunden und eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit installiert werden.

2.5 Zusammenfassung

Als theoretischen Bezugsrahmen für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit schlägt die Autorin für Sozialarbeitende das Gesundheits-Krankheitskontinuum gemäss Antonowskis Konzept der Salutogenese vor. Hierbei wird davon ausgegangen, dass Gesundheit und Krankheit zwei Pole eines Kontinuums bilden, auf dem jedes Individuum in Abhängigkeit seiner Lebenssituation verortet werden kann. Generalisierte Widerstandsressourcen helfen dabei, sich in Richtung des gesunden Pols zu bewegen. Diese Ressourcen zu stärken ist eine zentrale Aufgabe der Sozialen Arbeit. Der Kohärenzsinn hat einen Einfluss auf die Nutzung von Ressourcen. Weiter speisen die generalisierten Widerstandsressourcen den Kohärenzsinn, der u.a. auf die Bewältigung von Krisen einen messbaren Einfluss hat. Hierbei spielen die drei Ebenen des Kohärenzsinn eine Rolle: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit. Nicht nur Patient:innen werden durch die Angebote Sozialer Arbeit (=Ressource) entlastet, sondern auch die zuweisende Ärzteschaft. Aus Sicht der Patient:innen können die Angebote Sozialer Arbeit als Ressource verstanden werden, die weitere Zugänge zu weiteren Ressourcen ermöglichen oder erleichtern. Mithilfe der Theorie der Salutogenese wird aufgezeigt, dass der Fokus weniger auf der Frage „was macht krank“, sondern „was macht / hält gesund“ liegt.

Das bio-psycho-soziale Modell zeigt die Verschränkung der drei namensgebenden Ebenen auf und erweitert den Blick über eine rein biologisch-medizinische Auffassung von Gesundheit und Krankheit hinaus zu einer ganzheitlicheren Perspektive. Diese Perspektive eignet sich insbesondere für Patient:innen, die von der Ärzteschaft als „schwierig“ eingestuft werden (gemäss Mota et al. (2019) ca. ein Drittel der Konsultationen): Diese zeichnen sich durch überproportionale Inanspruchnahme von Gesundheitsfürsorge, psychologische Komorbidität, gesundheitliche Komorbidität, riskantes Verhalten sowie eine prekäre soziale Situation aus (Mota et al., 2019, S. 1). Von den drei Ebenen des bio-psycho-sozialen Modells ist insbesondere die soziale Ebene Gegenstand Sozialer Arbeit. Mit der Bearbeitung der sozia-

len Ebene soll den Patient:innen geholfen werden, ihre Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum in Richtung des gesunden Pols bewegen zu können. Dazu ist es notwendig, interprofessionell zu arbeiten (Näheres dazu in Kapitel 3.2, *interprofessionelle Zusammenarbeit*).

Die Netzwerktheorie von Granovetter (1973) legt nahe, Kommunikationsprozesse in der ambulanten Grundversorgung so zu strukturieren, dass schwache Bindungen genutzt werden, um Angebote Sozialer Arbeit in und für Hausarztpraxen aufzubauen und bekannt zu machen. So können beispielsweise neue Angebote aufgebaut werden, indem bestehende berufliche oder private Kontakte genutzt werden. Weiter fließen dank schwacher Bindungen beispielsweise an Kongressen Informationen über bestehende Angebote Sozialer Arbeit durch das Netzwerk der Hausärzt:innen, was dazu führt, dass die Angebote häufiger genutzt werden.

Die Diffusionstheorie kann herangezogen werden, um die Verbreitung von Innovationen zu verstehen. Hausärzt:innen erfahren auf unterschiedlichen Wegen das erste Mal von Angeboten Sozialer Arbeit in und für Hausarztpraxen und setzen sich damit auseinander. Unterschiedliche Faktoren tragen dazu bei, ob sie die Innovation übernehmen oder nicht. Dass Soziale Arbeit in und für Hausarztpraxen eine soziale Innovation ist, wird hergeleitet.

In diesem Kapitel wurde auf zwei Theorien eingegangen, die die Sinnhaftigkeit Sozialer Arbeit in Behandlungsprozessen umrahmen sowie zwei Theorien die auf institutioneller Ebene darlegen, inwiefern Rahmenbedingungen so gestaltet werden können, damit die Aussichten auf Erfolg bei dem Aufbau sowie der Umsetzung von Angeboten Sozialer Arbeit in und für Hausarztpraxen wachsen.

3. Professionstheoretische Rahmung

Mit Blick auf hausärztliche Praxen wird in diesem Kapitel auf die Relevanz und das Potenzial von Sozialer Arbeit im Allgemeinen und klinischer Sozialarbeit im Besonderen eingegangen.

3.1.Relevanz aus Sicht der Sozialen Arbeit

Gemäss Berufskodex für Soziale Arbeit (AvenirSocial, 2010, S. 7-8) ist Soziale Arbeit der Verhinderung, Beseitigung oder Linderung sozialer Notlagen von Menschen und Gruppen verpflichtet. Sie ist zuständig für die Begleitung, Betreuung und den Schutz der Menschen und hat deren Entwicklung zu fördern, zu sichern oder zu stabilisieren. Bei ihren fachlichen Erklärungen, Methoden und Vorgehensweisen sowie ihrer Position im interdisziplinären Kontext und Deutung ihrer gesellschaftlichen Funktion stützt sich die Soziale Arbeit auf wissenschaftlich fundierte Grundlagen (AvenirSocial, 2010, S. 7-8).

Soziale Arbeit als Profession wird gemäss AvenirSocial (2010, S. 9) definiert als Förderung des sozialen Wandels. Sie ist der Problemlösung in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie der Ermächtigung

und Befreiung von Menschen verpflichtet, mit dem Ziel, das Wohlbefinden einzelner Menschen anzuheben. An den Orten, wo Menschen und ihre sozialen Umfeldler aufeinander einwirken, hat die Soziale Arbeit eine vermittelnde Rolle. Diese gestaltet sie, indem sie sich auf Theorien menschlichen Verhaltens und sozialer Systeme stützt. Das Fundament Sozialer Arbeit bilden die Prinzipien der Menschenrechte und der sozialen Gerechtigkeit (AvenirSocial, 2010, S. S. 9).

In Kapitel 3.4 wird dargelegt, wie Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis Patient:innen bei der Bekämpfung von Einsamkeit, der Adhärenz (Therapiemotivation) sowie der Prävention und Früherkennung dient. Auch die Arztpraxen profitieren von den Angeboten, was ebenfalls dargelegt wird mit Blick auf Fachkräftemangel, Burnout-Risiko und Interprofessionalität. Auf der Mesoebene wird die Soziale und gesundheitliche Ungleichheit thematisiert, wogegen Soziale Arbeit in und für Hausarztpraxen ihren Beitrag leisten kann.

Gemäss Berufskodex ist es die Aufgabe Sozialer Arbeit, Lösungen für soziale Probleme zu finden, zu entwickeln und zu vermitteln (AvenirSocial, 2010, S. 7). Ein bekanntes Problem ist die Erreichbarkeit Sozialer Arbeit: Die Menschen müssen erst erfahren, wo sie welche Hilfe erhalten können, um sie in Anspruch nehmen zu können. Zudem benötigen sie ein gewisses Vertrauen in eine Fachstelle. Die niederschwellige Erreichbarkeit via Hausärzteschaft ist diesbezüglich eine Innovation, da sie die Klientel erreichen kann, bevor sie in den letzten Auffangnetzen landet.

Um komplexe Probleme zu bearbeiten, arbeiten Sozialarbeitende gemäss AvenirSocial (2010, S. 15) interdisziplinär. Sie setzen sich dafür ein, dass die Analyse, Bewertung und Bearbeitung von Situationen und ihren Wechselwirkungen möglichst umfassend und transdisziplinär erfolgt. Im Folgenden Unterkapitel wird näher auf interprofessionelle Zusammenarbeit eingegangen (AvenirSocial, 2010, S. 15).

3.2. Interprofessionelle Zusammenarbeit

Atzeni et al. (2017, S. 5) beschreiben treffend die verwirrende Vielfalt an Begriffsdefinitionen, die es für interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) in der Literatur gibt. Metaanalysen weisen zwei Hauptstränge zu wissenschaftlichen Diskursen interprofessioneller Zusammenarbeit aus: Ein utilitaristischer Strang, dessen Interesse hauptsächlich Effizienz bzw. rational-sachliche Gewinne umfasst, und ein emanzipatorischer Strang, der sich vor allem mit den Möglichkeiten auseinandersetzt, die Dominanz einer Profession zugunsten anderer zu brechen und interprofessionelle Arbeitsverhältnisse auf «Augenhöhe» zu etablieren. Vor diesem Hintergrund ist IPZ auch ein stark politisierter Begriff - und je nach Kontext geradezu ein Kampfbegriff. Der Begriff findet weiter Verwendung als Instrument, eigene Positionen zu definieren, Interessen zu formulieren und Handlungsbedarf anzumahnen.

Die relative Unbestimmtheit des Begriffs IPZ erweist sich spätestens auf den zweiten Blick als funktional: denn die Vielfalt an Möglichkeiten, einen Begriff zu verwenden, kann als kommunikative Klammer

angesehen werden. In diese Klammer kann eine Vielfalt an Ansprüchen an eine Umgestaltung der Gesundheitsversorgung gestellt werden, ohne dass eine potenzielle wechselseitige Unübersetzbarkeit dieser Ansprüche zum Problem wird. Da der Begriff zugleich inhaltsleer und mit Bedeutung überfrachtet ist, bezeichnen Atzeni et al. den Begriff IPZ als „kommunikatives Vehikel“, das in unterschiedlichen Kontexten verwendet werden kann (Atzeni et al., 2017, S. 5). Damit werden die Vorteile betont, welche die relative Unschärfe des Begriffs IPZ mit sich bringt. Es ist ein allgemein verständlicher Begriff, den unterschiedliche Anspruchsgruppen für ihre Zwecke nutzen können.

Auch die vorliegende Arbeit profitiert von dieser Vielfalt an Möglichkeiten, den Begriff zu verwenden. Deren Forschungsergebnisse werden sowohl entlang des emanzipatorischen als auch entlang des utilitaristischen Strangs diskutiert, denn es werden sowohl Themen der interdisziplinären Zusammenarbeit auf Augenhöhe als auch Themen der Effizienz und rational-sachlicher Gewinne beleuchtet. Dabei ist jedoch die Wechselwirkung der beiden Stränge nicht zu übersehen. Die Dominanz der Medizin äussert sich darin, dass ihre Leistungen abgerechnet werden können, nicht aber jene der Sozialen Arbeit in der Arztpraxis. Diese fehlenden finanziellen Anreize tragen aus Sicht der Autorin dazu bei, dass die rein biologisch-medizinische Sichtweise weiterhin dominiert, anstatt sie mit der sozialen resp. psychosozialen Sichtweise zu ergänzen. Die Abrechenbarkeit medizinischer Leistungen und die Dominanz der biologisch-medizinischen Sichtweise verstärken sich gegenseitig. Dass das nicht so bleiben muss bzw. dass diesbezüglich ein Wandel im Gange ist, wird in den *Analyseergebnissen* in Kapitel 4.4 näher dargestellt (insbesondere in den Subkategorien *C2, Bekanntmachung des Angebotes* und *E7, Vernetzung der Hausärzteschaft untereinander*).

Im Folgenden wird auf Faktoren eingegangen, welche für das Gelingen bzw. Misslingen interprofessioneller Zusammenarbeit massgeblich sind. Zudem werden Handlungsempfehlungen auf der Mesoebene aufgezeigt. Diese Faktoren wurden bei der Erstellung des Fragebogens für die Expert:inneninterviews berücksichtigt. Näheres dazu ist in Kapitel 4.2, *Forschungsmethodik*, aufgeführt, der Fragebogen ist in Anhang 1 ersichtlich.

Gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ)

Im Folgenden werden auf der Basis von mehreren Studien Voraussetzungen zusammengefasst, die für eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen zentral sind.

Kultur und Augenhöhe: Es besteht gemäss Atzeni et al. (2017, S. 51) kein Zweifel daran, dass eine konstruktive Kultur eine grundlegende Voraussetzung für erfolgreiche IPZ ist. In vielen Diskussionen, insbesondere im emanzipatorischen Diskurs über IPZ, wird das Konzept der „Augenhöhe“ thematisiert, das durch Forschung zu Teamarbeit und Zusammenarbeit gestützt wird. Augenhöhe bedeutet hierbei

nicht Gleichheit aller, sondern eine deutliche Reduzierung von (Status-)Unterschieden zugunsten gemeinsamer Ziele. Es kann angenommen werden, dass eine Kultur der psychologischen Sicherheit und geringer Statusunterschiede förderlich, wenn nicht sogar notwendig für IPZ ist. Allerdings ist dies allein nicht ausreichend, um IPZ erfolgreich zu gestalten. Investitionen in die Kultur der Zusammenarbeit sind daher sinnvoll, sollten aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass kultureller Wandel allein nicht ausreicht, um interprofessionelle Zusammenarbeit nachhaltig zu fördern (Atzeni et al., 2017, S. 51).

Kosten und Effizienz: Gemäss Atzeni et al. (2017, S. 51) ist es unbestritten, dass eine erfolgreiche IPZ zu besseren Ergebnissen führt. Dennoch sind Begriffe wie Kosten und Effizienz eher im Management angesiedelt als in den Professionen selbst. Ein Wandel hin zu einer intensiveren IPZ findet vor allem dann statt, wenn die Professionen selbst neue Arbeitsweisen entwickeln und die Organisation der medizinischen Praxis entsprechend reformieren. Zwar sind Anreizsysteme wichtig und können Entwicklungen entweder fördern oder behindern, insbesondere wenn interprofessionelle Bemühungen in der ambulanten Versorgung nicht ausreichend honoriert werden. Aber Management allein kann die klinische Praxis nicht verändern und IPZ nicht erzwingen. Die Anstösse und Umsetzungen müssen letztlich von den Professionen und Fachleuten selbst kommen (Atzeni et al., 2017, S. 51).

Rüefli et al. (2020, S. 6) heben hervor, dass für eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit (IPZ) bestimmte persönliche Eigenschaften notwendig sind. Dazu zählen Offenheit, die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme sowie das Verständnis und die Anerkennung der Tätigkeiten anderer Berufsgruppen. Zudem spielen die Neuverteilung von Aufgaben, beispielsweise durch Delegation und Substitution, und eine Kommunikation auf Augenhöhe, die möglichst wenig von Statusunterschieden geprägt ist, eine zentrale Rolle.

Weiter basiert eine gelingende IPZ gemäss Rüefli et al. (2020, S. 6) auf einem gemeinsamen Verständnis der Herausforderungen bei der beruflichen und sozialen Integration von Menschen mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen, einem klaren Wissen über die Rolle und Anliegen der jeweils anderen Berufsgruppen sowie einer abgestimmten Haltung zu klientenbezogenen Zielen. Diese Grundlagen können durch gemeinsame Fortbildungen und Veranstaltungen gefördert werden, die bewusst unterstützt werden sollten (Rüefli et al., 2020, S. 6).

Darüber hinaus erfordert eine gelungene IPZ gemäss Rüefli et al. das Bewusstsein, dass soziale und gesundheitliche Probleme häufig zusammenhängen und daher in einem koordinierten Ansatz gemeinsam angegangen werden sollten. Dabei ist die Überwindung von Grenzen zwischen verschiedenen Handlungssystemen und Bereichen von besonderer Bedeutung (Rüefli et al., 2020, S. 6).

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist laut Rüefli et al. der Gestaltungs- und Entscheidungsspielraum sowie die Handlungsautonomie der beteiligten Akteur:innen. Damit die Zusammenarbeit nicht allein von engagierten Einzelpersonen abhängt, sollte diese im Laufe der Zeit kulturell und strukturell gefestigt werden (Rüefli et al., 2020, S. 24).

Misslingensbedingungen interprofessioneller Zusammenarbeit

Atzeni et al. (2017, S. 32) nennen folgende Misslingensbedingungen für Interprofessionelle Zusammenarbeit:

- Fehlendes Akzeptieren eigener Wissensgrenzen
- Hierarchische, statusorientierte Kommunikation
- Unzureichender Wissensaustausch auf Augenhöhe
- Unzureichende Wahrnehmung der eigenen Kompetenzen
- Tätigwerden nur auf Anweisung (fehlende Eigeninitiative)
- Mangelndes gegenseitiges Verständnis
- Berufsgruppeninterne Abschottung
- Persönliche Faktoren wie mangelnde Bereitschaft zur Perspektivenübernahme und Offenheit
- Persönlicher Widerstand oder Weigerung, sich an interprofessionellen Gefässen zu beteiligen oder einzubringen
- Zeitmangel im ohnehin belastenden Alltag
- Rechtliche Regelungen, die weiterhin viele medizinische Entscheidungen in der alleinigen Verantwortung der Ärzteschaft verorten (oder so wahrgenommen werden)
- «strukturelle Widerständigkeit»: Ökonomische oder zeitliche Einschränkungen bzw. strukturelle Hindernisse in der Grundversorgung wie fehlende finanzielle Anreize etc.

Atzeni et al. (2017, S. 32) stellen weiter fest, dass gerade die Überwindung dieser Hürden teilweise ein starker Motivator für interprofessionelle Zusammenarbeit sein kann.

Atzeni et al. (2017, S. 56) formulieren folgende **Handlungsempfehlungen für die Mesoebene**:

- Schaffung von «Boundary Objects»: Boundary object kann gemäss Hörsler et al. (2013) mit «Grenzobjekt» übersetzt werden und beschreibt ein sozialwissenschaftliches Konzept, das darauf abzielt, verschiedene Arten von Wissen und Praktiken zu verstehen, die unterschiedliche wissenschaftliche Disziplinen oder auch Wissenschaft und andere gesellschaftliche Bereiche miteinander verbinden. Grenzobjekte zeichnen sich dadurch aus, dass sie verschiedene, oft sehr unterschiedliche Systeme und Logiken niederschwellig miteinander verknüpfen. Gerade diese niederschwelligen Verbindungen ermöglichen stabile Arbeitsbeziehungen, von denen alle Beteiligten profitieren (Hörsler et al., 2013). Rüefli et al. (2020, S. 50) nennen als Beispiele

für Boundary Objects Assessment-Tools oder Weiterbildungen zu IPZ, die von verschiedenen Berufsgruppen genutzt werden.

- Angemessene Kommunikationsstrukturen, die die IPZ erleichtern. Um diese effektiv nutzen zu können, benötigen Organisationen eine hohe Aufmerksamkeit für solche Strukturen, wie z.B. gemeinsame interne Fortbildungen (Atzeni et al., 2017, S. 56).
- Neue Kommunikationsstrukturen sind besonders wichtig für erfolgreiche IPZ im ambulanten Bereich und in der Grundversorgung. Diese Strukturen können sich auf das Konzept der „strength of weak ties“ aus der Netzwerkforschung (Granovetter, 1973) stützen, um die Nachteile gegenüber der organisierten Medizin im Krankenhaus auszugleichen, ohne dabei die Faktoren aufzugeben, die die ambulante Praxis für Fachkräfte, Patient:innen und das Gesundheitssystem insgesamt so bedeutend machen: Flexibilität, Autonomie und Individualität (Atzeni et al., 2017, S. 56).

Für die Erstellung des Fragebogens der vorliegenden Arbeit wurden nicht nur die Gelingens- sondern auch die Misslingsbedingungen berücksichtigt. Näheres dazu ist in Kapitel 4.2, *Forschungsmethodik*, zu finden.

In diesem Kapitel wurde literaturgestützt auf die unterschiedliche Verwendung des Begriffs der interprofessionellen Zusammenarbeit eingegangen, sowie auf Gelingens- und Misslingsbedingungen für IPZ und es wurden Handlungsempfehlungen aufgeführt. Nun folgt ein Kapitel über Klinische Sozialarbeit, da Sozialarbeitende in und für Hausarztpraxen, nicht nur interprofessionell, sondern auch klinisch tätig sind.

3.3.Klinische Sozialarbeit

Klinische Sozialarbeit ist gemäss Pauls (2013, S. 16-17) ein integrierter professioneller Ansatz, der darauf abzielt, die psychosoziale Passung zwischen Patient:innen und deren Umwelt zu verbessern. Klinische Sozialarbeit findet überall dort statt, wo Sozialarbeitende „klinisch“ tätig sind. Der Begriff „klinisch“ bezieht sich jedoch nicht nur auf Tätigkeiten in Kliniken, sondern umfasst sämtliche direkte Interaktionen mit Patient:innen sowie spezifische, fallorientierte Massnahmen (Pauls, 2013, S. 16-17). Diese Massnahmen zielen darauf ab, die soziale Teilhabe der Betroffenen zu verbessern (Wälte & Borg-Laufs, 2018, S. 28). Sowohl der Mensch als auch seine Erkrankung und die Umgebungsfaktoren werden nicht isoliert, sondern als Gesamtheit gesehen (Wälte & Borg-Laufs, 2018, S. 98-99). Rüegg (2021, S. 10) betont, dass professionelle Sozialarbeitende als Dienstleistende auftreten, die in Zusammenarbeit mit Patient:innen daran arbeiten, die Anpassung zwischen Individuum und Umwelt zu verbessern. Dies gilt unabhängig davon, ob eine soziale Krise, ein Notfall oder eine körperliche oder psychische Erkrankung der Auslöser war. Wesentlich für die Stabilisierung oder Verbesserung einer schwierigen Lebenssituation ist der erfolgreiche Umgang mit sozialen Belastungen (Rüegg, 2021, S. 10).

Rüegg (2021, S. 29-32) fasst drei verschiedene Umsetzungsmodelle zusammen, wie Soziale Arbeit in der Arztpraxis angeboten werden kann, wobei auch Mischformen denkbar sind. Im Folgenden wird kurz auf die integrierte, die ambulante und die externe Sozialberatung eingegangen.

Integrierte Sozialberatung

Bei der integrierten Sozialberatung sind die Sozialarbeitenden von der Arztpraxis oder einer Betriebsgesellschaft, zu welchen mehrere Arztpraxen gehören, angestellt. Es gibt eine regelmässige Präsenz der Sozialarbeitenden in der Arztpraxis, wo auch die Beratungen stattfinden. In der Regel nehmen die Sozialarbeitenden an Rapporten oder Fallgesprächen teil und haben Einsicht in die elektronischen Patient:innenakten. Üblicherweise wird die Terminplanung durch das Empfangspersonal organisiert.

Externe Sozialberatung vor Ort

Bei der externen Sozialberatung vor Ort sind die Sozialarbeitenden von einer externen Organisation angestellt. Es besteht eine Zusammenarbeit mit einer oder mehreren Arztpraxen. Diese stellen die Räumlichkeiten, in welchen die Beratungen stattfinden, gegebenenfalls zur Verfügung. Gegebenenfalls verfügen die Sozialarbeitenden über einen Zugang zu den Patient:innenakten. Die Planung der Termine wird üblicherweise durch den Empfang organisiert.

Externe Sozialberatung ausserhalb der Praxis

Die Sozialarbeitenden sind entweder von einer externen Organisation angestellt oder arbeiten selbstständig erwerbend. Sie arbeiten eng mit einer oder mehreren Arztpraxen zusammen, die die Patient:innen an die Sozialberatung überweisen. Die Überweisung funktioniert so wie jene an eine:n Fachärzt:in oder eine weiterführende Therapie. Die Räumlichkeiten für die Beratung befinden sich üblicherweise ausserhalb der Arztpraxis. Die Zusammenarbeit zwischen der Sozialberatung und der Arztpraxis ist individuell geregelt (z.B. gemeinsame Fallbesprechungen, Überweisungsschreiben, Art und Umfang der Rückmeldungen an die Ärzteschaft). Die Termine werden üblicherweise direkt zwischen den Sozialarbeitenden und den Patient:innen vereinbart. Die Ärzt:innen werden üblicherweise über den Verlauf der Beratung informiert.

Diese Idealtypen sowie Mischformen daraus zählen zu Sozialer Arbeit in der Arztpraxis, da die Patient:innen üblicherweise von Ärzt:innen überwiesen werden (Rüegg, 2021, S. 29-32).

3.4. Potenzial Sozialer Arbeit in der Arztpraxis

Um das Potenzial Sozialer Arbeit in der Arztpraxis aufzuzeigen, wird im Folgenden die Argumentation von Rüegg et al. (2022, S. 14-18) von der Autorin angereichert dargelegt. Sie ist wie folgt gegliedert:

1. Mikroebene: die Sicht der Patient:innen (Bekämpfung von Einsamkeit, Adhärenz, Prävention und Früherkennung)
2. Mesoebene: die Sicht der Ärzteschaft (Fachkräftemangel, Burnout Risiko und Interprofessionalität)
3. Makroebene: Gesamtgesellschaftliche Zusammenhänge (soziale und gesundheitliche Ungleichheit)

1.a Bekämpfung von Einsamkeit

Holt-Lunstad et al. (2010, S. 1) zeigen in einer Metastudie, dass Einsamkeit und soziale Isolation neben negativen Effekten auf die psychische Gesundheit auch einen Einfluss auf Morbidität und Mortalität haben. Schwache soziale Beziehungen wirken sich auf die Sterblichkeit ähnlich aus wie Rauchen, Bluthochdruck, Blutfette, Übergewicht und Bewegungsmangel (Holt-Lunstad et al., 2010, S. 1). Einsamkeit beeinflusst die Energiemobilisierung beeinflusst Einsamkeit die Energiemobilisierung, Entzündungsprozesse, Fortpflanzung und Immunfunktion Cacioppo et al. (2014, S. 7). Liu und Mantwil (2021, S. 21) betonen die Notwendigkeit von regional verankerten Fachkräften des Gesundheits- und Sozialwesens, Sozialarbeitenden, Nichtregierungsorganisationen, Angehörigen und Programmen für Partizipation und Netzwerkarbeit zur effektiven Bekämpfung von Einsamkeit. In der Grundversorgung haben Sozialarbeitende zusammen mit Ärzt:innen ein grosses Potenzial, Personen mit erhöhtem Risiko für Einsamkeit zu erkennen. Sozialarbeitende vermitteln bei Bedarf Angebote mit sozialen Aktivitäten, um Einsamkeit zu bekämpfen und die Anzahl der Arztbesuche zu senken (Liu & Mantwil, 2021, S. 21), beispielsweise indem ein durch Sozialarbeit vermittelter Verein aufgesucht werden kann statt der Hausarztpraxis, um Einsamkeitsgefühlen entgegenzuwirken oder indirekt, weil aufgrund von weniger Einsamkeit weniger negative Einflüsse auf Mortalität und Morbidität wirken und die Hausarztpraxis deswegen weniger aufgesucht werden muss.

1.b Adhärenz

Franz (2019) definiert Adhärenz als das Ausmass, in dem das Verhalten einer Person wie die Einnahme von Medikamenten, das Einhalten einer Diät oder eine Lebensstiländerung mit ärztlichen oder therapeutischen Empfehlungen übereinstimmt. Es geht also um Therapiemotivation, -mitarbeit oder -treue. Der Behandlungsplan wird neben Ärzt:innen auch von weiteren Gesundheitsberufen wie (Psycho-)Therapeut:innen, Sozialarbeitenden und Pflegenden mitverantwortet (Franz, 2019).

Rüegg et al. (2022) konstatieren, dass Sozialarbeitende zur Koordination und Umsetzung komplexer Behandlungspläne eingesetzt werden können. Als Case Manager:innen können sie ihre Patient:innen

durch das Gesundheitswesen lotsen und bestehende Netzwerke aktivieren. Besonders bei „schwierigen“ Patient:innen, die häufig in der Praxis erscheinen, aber nur geringe Behandlungsfortschritte zeigen, kann eine umfassende soziale Anamnese durch Sozialarbeitende wichtige Erkenntnisse liefern, um die Behandlungstreue und den Behandlungserfolg zu steigern. Zudem können mehr Ressourcen für die Gesundheit aufgewendet werden, wenn Patient:innen von sozialen Sorgen entlastet werden (Rüegg et al., 2022). McGregor et al. (2018) zeigen in ihrer Studie vielversprechende Ergebnisse für Interventionen der Sozialarbeit in der Grundversorgung. Patient:innen mit komplexen gesundheitlichen und sozialen Bedürfnissen erzielen messbare Verbesserungen bezüglich subjektiver Gesundheit, Funktionsfähigkeit, Selbstverwaltung und psychosozialer Morbidität. Interventionen mit einem doppelten individuellen/sozialen Fokus ermöglichen bessere Gesundheitsentscheidungen (McGregor et al., 2018, S. 2; siehe auch das in Kapitel 2.2 beschriebene Fallbeispiel der Patientin, die Unterstützung benötigt, um ihre Therapiemotivation über Jahre hinweg zu stärken). Ein (weiteres) Beispiel ist ein Unfall, in den eine oder mehrere Sozialversicherung:en involviert sind: Dies stellt komplexe Anforderungen an ihre Klientel, die damit oft überfordert ist. Dies kann dazu führen, dass Patient:innen zusätzlich belastet werden, vielleicht depressiv werden, keine Energie mehr für ihre Therapie aufbringen und/oder Leistungen nicht beziehen, die ihnen zustehen.

1.c Prävention und Früherkennung:

Laut Rüegg (2021) hat die Soziale Arbeit in der Grundversorgung das Potenzial, prekäre soziale und gesundheitliche Lebenssituationen frühzeitig zu erkennen und zu mildern. Die enge Zusammenarbeit zwischen der Ärzteschaft und Sozialarbeitenden trägt dazu bei, Zugangshürden sowohl zum Gesundheits- als auch zum Sozialwesen abzubauen. Beispielsweise kann die Finanzierung von Hilfsmitteln oder Therapien ermöglicht werden, Sozialversicherungsleistungen können geltend gemacht werden, oder der Gang zu kommunalen Fachstellen kann erleichtert werden, insbesondere dort, wo herkömmliche Systeme hohe Zugangshürden aufweisen. Sozialarbeitende können vermitteln und gesundheitlich-soziale Abwärtsspiralen verhindern oder abschwächen. Solche Früherkennungsmassnahmen verbessern letztlich die Gesundheitskompetenz, das Selbstmanagement, das Gesundheitsverhalten und das Wohlbefinden (Fraser et al., 2018; McGregor et al., 2018; Rüegg, 2021, S. 21). Zudem ermöglichen Sozialberatungen in Arztpraxen im Vergleich zu stationären Einrichtungen, in denen sich Patient:innen nur zeitlich begrenzt aufhalten, auch langfristige Begleitungen. Dieser Rückhalt durch unabhängige Expert:innen für soziale Belange gibt den Patient:innen Sicherheit und erhöht die Wahrscheinlichkeit, dass sie frühzeitig Hilfe in Anspruch nehmen (Rüegg, 2021, S. 18).

Soziale Arbeit in der Arztpraxis hat jedoch nicht nur für die Patient:innen das Potenzial, ihre Gesundheit und ihr Wohlbefinden zu stärken. Auch Ärzt:innen können durch Sozialarbeitende entlastet werden (Mesoebene). Darauf wird im Folgenden eingegangen.

2.a Fachkräftemangel

Das Thema Fachkräftemangel wird in der Schweiz seit längerer Zeit diskutiert. Der Präsident des Hausärzt:innenverbands, Philippe Luchsinger, zeichnet diesbezüglich ein düsteres Bild, wonach Patient:innen künftig sehr lange auf einen Termin warten müssen (Brotschi, 2023). Es gibt verschiedene Lösungsansätze. Mit Blick auf Lösungsansätze betonen Rüegg et al. (2022), dass zur Erhaltung der Qualität der Leistungserbringung und der Attraktivität von Grundversorgerpraxen das „Task Shifting“ an Bedeutung gewinnen könnte. Dabei geht es darum, Aufgaben zu delegieren oder die Gesamtverantwortung auf eine andere Profession zu übertragen. Dies bietet den Vorteil, dass Patient:innen von der am besten qualifizierten Expert:in begleitet und versorgt werden, während sich die ursprünglich verantwortliche Profession besser auf ihre Kernkompetenzen fokussieren kann. Anfangs sind zusätzliche Koordinationskosten zu erwarten, aber langfristig kann mit Kosteneinsparungen gerechnet werden (Rüegg et al., 2022, S. 15).

2.b Burnout-Risiko

Im Gegensatz zu angestellten Krankenhausärzt:innen rechnen niedergelassene Ärzt:innen nach Tarmed ab, wobei jede Einzelleistung nach betriebswirtschaftlich festgelegten Stundentarifen verrechnet wird (Laer, 2017). Der unternehmerische Druck, die Nichtabrechenbarkeit von Koordinationsarbeit und wenig Zeit für den Beziehungsaufbau sind frustrierende Folgen. Auch psychosoziale Anamnese, motivierende Gesprächsführung, gemeinsame Entscheidungsfindung und Förderung der Gesundheitskompetenz der Patient:innen sind bzw. wären zwar wichtig, können aber nicht abgerechnet werden (Rüegg, 2021, S. 17). Fast ein Drittel (29,8 %) der Konsultationen wird von Ärzt:innen als „schwierig“ eingestuft (Mota et al., 2019, S. 1). Als „schwierig“ gelten häufige Nutzer:innen der Gesundheitsfürsorge, insbesondere solche mit psychischer und/oder körperlicher Komorbidität, riskantem Verhalten und solche in prekären sozialen Situationen. Gemäss Pahud (2019, S. 33) werden soziale Probleme für niedergelassene Ärzt:innen zunehmend wichtiger. Die Forschungsergebnisse weisen aus, dass 60 % der Hausärzt:innen sich einen besseren Zugang sowie eine bessere Finanzierung von Sozialprogrammen wünschen (Pahud, 2019, S. 124). Nicht alle Leistungen, die Ärzt:innen erbringen, entsprechen ihrem Fachgebiet, was zu Praxisnachfolgeproblemen, Fachkräftemangel und Burnout führen kann (Rüegg et al., 2022, S. 16).

All dies zeigt, dass durch eine Überweisung an Fachkräfte Sozialer Arbeit die jeweiligen Professionen ihre jeweiligen Kerngebiete fokussierter bearbeiten können, was die Qualität der Behandlung steigert und die Ärzteschaft entlastet.

2.c Interprofessionalität

Im Jahr 2020 waren in der Schweiz 8,5 % der Menschen von Armut betroffen, und 15,4 % armutsgefährdet. Sozioökonomische Verhältnisse sind für mehr als 15 % des Gesundheitszustandes verantwortlich, individuelles Verhalten für 40 % und die Beschaffenheit der Gesundheitsversorgung nur für 10 %. Von Armut betroffene Menschen sterben früher (BFS, 2022). Arztpraxen verzeichnen aufgrund des steigenden Anteils älterer, multimorbider Menschen einen veränderten Versorgungsbedarf. Diese Patient:innengruppe ist heterogen bezüglich der Kombination von Erkrankungen und deren Schweregrad. Soziale und sozialrechtliche Beratungsanlässe spielen eine wichtige Rolle in der Versorgung. Hausärzt:innen sind mit steigendem Organisations- und Beratungsbedarf im sozialen und sozialrechtlichen Bereich konfrontiert (BAG, 2018). Viele Hausärzt:innen wünschen sich daher mehr Unterstützung bei sozialen Problemen (Pahud, 2019).

Fraser et al. (2018, S. 1) zeigen in ihrer Studie, dass interprofessionelle Teams mit Sozialarbeitenden das Gesundheitsverhalten und die Betreuung der Patient:innen signifikant verbessern. Gelungene Interprofessionalität steigert die Qualität der Versorgung, fördert die kosteneffiziente Nutzung von Ressourcen und erhöht die Zufriedenheit des Fachpersonals (BAG, 2022; Fraser et al., 2018, S. 1). Rüegg et al. (2022, S. 18) betonen, dass in der ambulanten Versorgung eine systemische Sichtweise fehlt, die eine intelligente Steuerung des Hilfesystems einschliesst. Soziale Arbeit in der Arztpraxis hat das Potenzial, dies durch Fallführungen und Case Management zu verbessern (Rüegg et al., 2022, S. 18).

Gemäss BAG (2020) wurden angesichts der zunehmenden Bedeutung von Interprofessionalität im Gesundheitswesen in der Schweiz zwischen 2017 und 2020 im Rahmen des Förderprojekts „Interprofessionalität im Gesundheitswesen“ verschiedene Studien initiiert und Projekte hinsichtlich ihrer Auswirkungen evaluiert. Die Ergebnisse dieser Untersuchungen deuten darauf hin, dass erfolgreiche Interprofessionalität die Versorgungsqualität verbessert und eine effizientere Ressourcennutzung ermöglicht. Zudem trägt sie zur Zufriedenheit des Fachpersonals bei und kann vorzeitige Berufsausstiege verhindern (BAG, 2020).

Soziale und gesundheitliche Ungleichheit (Makroebene)

Gemäss BFS (2020) haben die Vereinten Nationen hinsichtlich des 10. Ziels der Nachhaltigen Entwicklungsziele „Weniger Ungleichheit“ viel erreicht, aber es bestehen weiterhin Ungleichheiten beim Zugang zu Gesundheitsversorgung, Bildung und anderen Ressourcen. Während die Einkommensunterschiede zwischen den Ländern sanken, haben die Binnenungleichheiten innerhalb der Länder zugenommen (BFS, 2020). Gemäss Saam (2021, S. 26) weisen Menschen mit hohem sozioökonomischen Status einen risikoärmeren Umgang mit Alkohol, eine Abnahme des Tabakkonsums, ausreichend Be-

wegung, bewusste Ernährung und gesteigerte Lebensqualität auf. Es gibt bildungsabhängige Unterschiede beim Zugang zur Gesundheitsversorgung (Saam, 2021, S. 26). Gemäss Rüegg (2021, S. 17) kann eine starke und gut vernetzte Grundversorgung Zugangshürden zum Gesundheits- und Sozialwesen abbauen. In der Schweiz gibt es viele Zugangshürden, wie die hohe Nichtbezugsquote von Sozial- und Gesundheitsleistungen zeigt. Soziale Arbeit kann benachteiligten Bevölkerungsgruppen einen niederschweligen Zugang zu sozialen Sicherheitssystemen ermöglichen und zur Integration vulnerabler Menschen beitragen. Arztpraxen können als Orte des Vertrauens dienen, die Angebote für Menschen bereitstellen, welche negative Erfahrungen mit Behörden gemacht haben (Rüegg, 2021, S. 17).

Zusammenfassung

Soziale Arbeit kann verschiedene soziale Probleme der Patient:innen abmildern und somit zur Verbesserung des Wohlbefindens, der Gesundheitskompetenz und der Gesundheit beitragen. Multifaktorielle Ursachen und Folgen von Krankheiten können in interdisziplinären Teams adäquater behandelt werden, und auch den Anliegen «schwieriger» Patient:innen kann besser Rechnung getragen werden. Dies entlastet die häufig überlastete Ärzteschaft. Soziale Probleme können früher erkannt werden, was bedeutet, dass früher interveniert werden kann. Soziale- und gesundheitliche Ungleichheit soll abgemildert werden. Daher ist es wichtig, dass Soziale Arbeit vermehrt in die primäre Gesundheitsversorgung integriert wird.

3.5.Zusammenfassung

In diesem Kapitel wurde die Relevanz aufgezeigt, Angebote der Sozialarbeit für Patient:innen von Hausarztpraxen zugänglich zu machen. Es wurden Gelingens- und Misslingensbedingungen interprofessioneller Zusammenarbeit sowie Handlungsempfehlungen für die Mesoebene dargelegt. Es wurde darauf eingegangen, was klinische Sozialarbeit ist, und verschiedene Umsetzungsformen wurden aufgezeigt. Weiter wurde das Potenzial Sozialer Arbeit in der Hausarztpraxis auf Mikro-, Meso- und Makroebene erörtert. Auf der Mikroebene geht es um Bekämpfung von Einsamkeit der Patient:innen, ihrer Adhärenz (Therapiemotivation) sowie der Prävention und Früherkennung von sozialen Problemen. Auf der Mesoebene wurden die Aspekte des Fachkräftemangels sowie des Burnout-Risikos und der Interprofessionalität diskutiert. Auf der Makroebene wurde das Potenzial Sozialer Arbeit bezogen auf soziale und gesundheitliche Ungleichheit betrachtet. Dass es also sinnvoll ist, Angebote der Sozialen Arbeit in oder für eine Hausarztpraxis anzubieten, wurde hergeleitet.

Für vorliegende Masterarbeit ist es nun von besonderem Interesse, wie die Implementation von Angeboten der sozialen Arbeit in bzw. für Hausarztpraxen trotz struktureller Hürden gelingen kann. Dies wird im folgenden Kapitel, dem *empirischen Teil*, erörtert.

4. Empirischer Teil

In diesem Kapitel, wird der Frage auf den Grund gegangen, wie Sozialarbeitende ihre Angebote in und für Arztpraxen in einem interprofessionellen Setting einführen und aufrechterhalten können. Dazu wurden Interviews mit vier Sozialarbeitenden geführt, denen dies gelungen ist. Das Feld der Sozialarbeitenden, die ihre Angebote in oder für Hausarztpraxen anbieten, ist gegenwärtig noch relativ klein, und die Ansätze und Organisationsformen der Angebote sind sehr unterschiedlich. Diese Vielfalt soll mittels eines explorativen Forschungsansatzes aufgezeigt werden. Dessen Ergebnisse verstehen sich als Bestandesaufnahme und sollen weitere Sozialarbeitende inspirieren, ihre Angebote in oder für Hausarztpraxen aufzubauen. Es werden auch Hindernisse aufgezeigt, mit denen die Sozialarbeitenden konfrontiert waren bzw. immer noch sind. Untersucht wurde einerseits die Einführungsphase und andererseits die Umsetzungsphase. Die Einführungsphase meint die Zeitspanne von der Idee, ein Angebot Sozialer Arbeit in und für Hausarztpraxen einzuführen, bis zum ersten Arbeitstag. Die Umsetzungsphase umfasst die Zeitspanne von dem ersten Arbeitstag bis heute, resp. bis zu den Daten der Interviews im Frühling 2024.

4.1. Fragestellung

Die Fragestellung für vorliegende Masterarbeit hat sich im Verlauf des Prozesses leicht verändert. Die ursprüngliche Fragestellung lautete:

Wie kann es Sozialarbeitenden bei der Einführung ihrer Angebote in die Arztpraxis gelingen, eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit zu erreichen?

Während des Codierprozesses, insbesondere während der Entwicklung der Subkategorien hat sich die Fragestellung konkretisiert und lautet nun:

Welche förderlichen und hinderlichen Faktoren beeinflussen die Einführung und Umsetzung von Angeboten Sozialer Arbeit in und für Hausarztpraxen?

Der Fokus verlagerte sich: Erst sollte herausgefunden werden, worauf Sozialarbeitende während der Einführungsphase achten müssen, damit die interprofessionelle Zusammenarbeit während der Umsetzungsphase gelingt. Doch das Feld ist klein, nur vier Projekte wurden ausgewertet.

Die bereits vorher bekannte strukturelle Hürde, also die Frage der Finanzierung sollte geklärt werden. Dies geschah zwar, es wurde jedoch klar, dass die institutionellen Rahmenbedingungen (z.B. die Form der Zusammenarbeit), einen wesentlichen Einfluss auf die Finanzierung haben. Also wurde vermehrt darauf geachtet, welche Form der interprofessionellen Zusammenarbeit institutionalisiert wurde, also

bei wem die Sozialarbeitenden angestellt sind oder eben nicht. Da sich die Projekte stark unterscheiden, ist es sinnvoller, ihre Vielfalt abzubilden. Diesem Umstand wurde mit der neuen Fragestellung Rechnung getragen.

4.2.Forschungsmethodik

Im Folgenden werden die einzelnen geplanten Schritte des Forschungsvorhabens dargelegt und reflektiert.

Interview-Stichprobe, Ein- und Ausschlusskriterien

Um die Fragestellung zu beantworten, wurden Sozialarbeitende, denen es gelungen war, Soziale Arbeit in oder für Hausarztpraxen einzuführen, nach folgenden Einschlusskriterien interviewt:

- Tätigkeit in der medizinischen Grundversorgung
- Tätigkeit in einem ambulanten Setting
- Tätigkeit aufgrund von ärztlicher Zuweisung
- Tätigkeit ohne kantonalen Leistungsauftrag.

Das vierte und letzte Einschlusskriterium wurde definiert, weil Angebote ohne Leistungsauftrag alternative Finanzierungsmöglichkeiten erschliessen müssen. Denn es hat sich gezeigt, dass die Überwindung struktureller Hürden (insbesondere Finanzierungsfragen) entscheidend dafür sind, ob die Implementation eines Angebotes gelingt oder scheitert (siehe dazu in Kapitel 4.4 *Analyseergebnisse die Subkategorien C1 Bedarfsabklärung und D2 Finanzierung*).

Reflexion Einschlusskriterien

Vorliegendes Forschungsvorhaben unterliegt der Besonderheit, dass es noch nicht so viele Sozialarbeitende gibt, die in resp. für Hausarztpraxen arbeiten. Während der Durchführung der Interviews wurde klar, dass nicht alle Sozialarbeitenden alle Einschlusskriterien erfüllen und dennoch über Aspekte Auskunft geben können, die für das Forschungsvorhaben von Interesse sind. Zudem wurde klar, dass kein:e Sozialarbeiter:in ausschliesslich Zuweisungen von Hausärzt:innen erhält, sondern dass Zuweisungen jeweils auch durch Spezialist:innen erfolgen. Diese Spezialist:innen sind entweder in den Hausarztpraxen / Gemeinschaftspraxen angestellt, oder es handelt sich um Konziliarärzt:innen, die in einem Spital angestellt sind und jeweils zu vereinbarten Sprechstunden in die Hausarztpraxen kommen. Auch diese Zusammenarbeit ist geregelt, und sowohl Konziliarärzt:innen als auch Spezialist:innen dürfen Zuweisungen an die Sozialarbeit machen.

Alle interviewten Sozialarbeitenden sind in der medizinischen Grundversorgung tätig, arbeiten im ambulanten Setting und erhalten Zuweisungen von Ärzt:innen, jedoch nicht nur von praktizierenden Hausärzt:innen. Alle können etwas über den Einführungsprozess erzählen, wenn auch nicht alle in gleichem

Masse am Prozess beteiligt waren und somit unterschiedlich detailliert Auskunft geben können. Alle können über die interprofessionelle Zusammenarbeit mit Ärzt:innen berichten, auch wenn ein Angebot nicht so in die Umsetzungsphase kam, wie es geplant war.

Expert:innen

Expertin A hat den Prozess, ein Angebot in Zusammenarbeit mit einem Arzt aufzubauen, aufgrund von Hindernissen (z.B. hoher administrativer Aufwand, mangelnde Ressourcen) abbrechen müssen. Diese Hindernisse sind von Interesse für vorliegendes Forschungsvorhaben. Nun übernimmt sie von dem Arzt jeweils vereinzelt Patient:innen, die sie mittels Querfinanzierung unterstützen kann, indem z.B. das Sozialamt für einen bestimmten Zeitraum die Beratungsstunden bezahlt. Während des Interviews wurde klar, dass es sich beim zuweisenden Arzt nicht um einen praktizierenden Hausarzt handelt, sondern um einen somatoformen Schmerzspezialisten. Dieser wird von Patient:innen aufgesucht, die unter Schmerzen leiden, deren medizinische Ursache nicht ohne weiteres erkennbar ist. Obschon es sich nicht um einen praktizierenden Hausarzt handelt, werden die Erkenntnisse für die vorliegende Arbeit berücksichtigt, weil in anderen Hausarztpraxen teilweise auch Spezialist:innen angestellt sind, die Zuweisungen an die Sozialarbeitenden machen, und weil ihr Angebot grundsätzlich offen ist für Zuweisungen von Hausarztpraxen.

Experte B war bei der Einführung des Angebotes nicht in allen Phasen dabei. Es war aber seine Idee, Sozialarbeit in der Hausarztpraxis zu implementieren. Diese Idee hat er einem ihm bekannten Hausarzt vorgebracht hat, und dieser hat das Angebot innerhalb der Hausarztpraxis aufgebaut. Experte B konnte zwar nicht im Detail über alle Phasen des Einführungsprozesses Auskunft geben jedoch konnte er trotzdem wertvolle Angaben u.a. in Bezug auf die Etablierung der interprofessionellen Zusammenarbeit innerhalb der Hausarztpraxis machen.

Expertin C arbeitet an jeweils fixen Halbtagen in acht Gemeinschaftspraxen. In diesen Gemeinschaftspraxen gibt es Hausärzt:innen, Spezialist:innen, Psycholog:innen und Medizinische Praxisassistent:innen (MPA), die allesamt Zuweisungen machen können.

Expertin D hat für die Einführung ihres Angebotes einen Verein gegründet. Sie arbeitet für mehrere Hausarztpraxen einer Region und erhielt im Jahr 2023 Zuweisungen von 25 Praxen. Sie erhält Zuweisungen von Hausärzt:innen und Spezialist:innen.

Für die vorliegende Arbeit wurden die Interviews dieser vier Expert:innen berücksichtigt. Es wurden vier weitere Interviews mit Sozialarbeitenden durchgeführt, die für die Fragestellung der Arbeit ebenfalls interessant waren, jedoch nicht in die Auswertung einfließen. Es handelt sich um zwei Interviews mit Sozialarbeitenden, die ihre Angebote in der privaten Spitex eingeführt haben, sowie zwei Interviews mit Sozialarbeitenden, die ausschliesslich mit Psychotherapeut:innen zusammenarbeiten.

Es wurde noch ein weiterer Experte Angefragt, der als erstes ein Projekt Sozialer Arbeit in einer Hausarztpraxis aufgebaut hatte. Dieses Projekt gibt es jedoch mittlerweile nicht mehr und der Sozialarbeiter wollte kein Interview geben.

Expert:inneninterview

Gemäss Strübing (2013, S. 95-96) handelt es sich bei Expert:inneninterviews um eine Variante von Leitfadeninterviews. Expert:innen sind Personen, die über spezifisches Wissen in einem bestimmten Fachgebiet verfügen. Der Status als Expert:in ist relational. Einerseits sind sie «Zeugen» der uns interessierenden Prozesse, andererseits sind sie selbst Teil des Handlungsfelds. Der Expert:innenstatus wird von den Forschenden zugeschrieben und auf eine bestimmte Fragestellung begrenzt. Die Expert:innen werden nicht über sich und ihre Involviertheit in bestimmte Praktiken oder Ereignisse befragt, sondern über Wissensbestände in ihrem Fachgebiet, die über Alltagswissen hinausreichen (Strübing, 2013, S. 95-96).

Vorliegendes Forschungsvorhaben adressiert die Expert:innen als Zielgruppe, indem das Interview darauf angelegt wird, dass diese Auskunft über ihr Handlungsfeld geben (Strübing, 2013, S. 97). Diese Art von Expert:inneninterview ist konventionellen Leitfadeninterviews am nächsten. Der Unterschied zu letzteren besteht darin, dass das Forschungsinteresse stärker auf dem instrumentell-rationalen, professionellen Handeln der Akteur:innen liegt und weniger (aber in begrenztem Masse auch) auf ihren subjektiven Befindlichkeiten (Strübing, 2013, S. 97).

Reflexion Expert:inneninterview

Die Befindlichkeit der Expert:innen wurde dort deutlich, wo diese über strukturelle Hindernisse, insbesondere die mangelnde Finanzierung, gesprochen haben (mühsam, frustrierend). Zudem zeigte sich die Befindlichkeit bei der Schilderung der Tatsache, dass es so viel Zeit braucht, Neues aufzubauen (viel Engagement nötig, froh um administrative Unterstützung). Es wurde auch viel Begeisterung geäussert, wenn ein Projekt in die Umsetzung kommt, und wenn über die Wertschätzung der Hausärzteschaft sowie der Patient:innen gesprochen wird.

Der Fokus der Analyse der Interviews liegt jedoch primär auf instrumentell-rationalen, professionellen Handeln der Expert:innen. Dies wird in Kapitel 4.4, *Analyseergebnisse* deutlich.

Semistrukturiertes Interview

Genau (2019) beschreibt die Phasen des semistrukturierten Interviews wie folgt:

1. Phase: Formulieren von Fragen, Sortieren und Erstellen des Interviewleitfadens
2. Phase: Auswahl von Personen für das semistrukturierte Interview
3. Phase: Interviews durchführen
4. Phase: Interviews auswerten.

Die Fragen sollten offen formuliert sein, sodass die Expert:innen selbst eine Antwort formulieren können. Es ist wichtig, die Fragen klar und einfach zu formulieren, um Missverständnisse zu vermeiden. Geschlossene Fragen oder Suggestivfragen sind zu vermeiden und während der Durchführung des Interviews ist es wichtig, sich möglichst keine Reaktionen oder Wertungen anmerken zu lassen. Die Vorteile von semistrukturierten Interviews sind:

- neue Erkenntnisse im Bereich der Forschungsfrage gewonnen werden;
- durch die offenen Strukturierung gegebenenfalls wichtige Zusatzinformationen gewonnen werden können;
- aufgrund der Vorbereitung seitens der interviewenden Person ein hohes Mass an Kontrolle über die Situation besteht.

Als Nachteil nennt Genau, dass sich aufgrund der offenen Fragen nicht immer alle Ergebnisse vergleichen lassen können, was die Auswertung erschwert (Genau, 2019).

Für explorative Forschungsvorhaben in einem spezifischen Fachgebiet wie das vorliegende ist das semistrukturierte Expert:inneninterview eine geeignete Erhebungsmethode.

Wichtig bezüglich der Durchführung von Leitfadeninterviews ist gemäss Strübing (2013, S. 94-95), dass auf die Interviewten und das Gesagte eingegangen wird, z.B. indem Nachfragen gestellt werden, um Themen zu vertiefen. Dort liegen die Stärken qualitativer Befragungen; es soll Material generiert werden, das geeignet ist, die subjektive Perspektive der befragten Personen in der erwünschten Reichhaltigkeit und Multidimensionalität herauszuarbeiten. Laut Strübing kann es sinnvoll sein, auf gewisse Fragen des Leitfadens zu verzichten zu Gunsten von Nachfragen zu relevanten Themen, die von der interviewten Person eingebracht wurden (Strübing, 2013, S. 94-95).

Reflexion der semistrukturierten Interviews

Da es darum geht, förderliche und hinderliche Faktoren zu sammeln, also eher in die breite zu gehen, statt einen Faktor (z.B. Kommunikation) zu vertiefen, bietet sich ein semistrukturiertes Interview an.

Dies bietet den Vorteil, dass zwar Fragen gestellt werden können, die für das Forschungsvorhaben von Interesse sind, jedoch lässt sie genügend Offenheit, um Rückfragen zu stellen und so z.B. Hindernisse und förderliche Faktoren zu eruieren, die nicht antizipierbar waren.

Der Fragekatalog des Interviews wurde z.T. gesprächssituativ angepasst. Es wurden jeweils nicht allen Expert:innen alle Fragen gestellt, da nicht alle über alles Auskunft geben konnten, wie sich während der Interviews zeigte (z.B. weil nicht alle Expert:innen alle Phasen in der Einführungs- oder Umsetzungsphase gleich durchlaufen hatten). Gewisse Fragen wurden auch spontan beantwortet, sodass sie gar nicht erst gestellt werden mussten. Umgekehrt wurden situativ Nachfragen über bereits Berichtes gestellt, um vertiefend spezifisches Wissen abzurufen.

Erstellung des Fragebogens

Für die Erstellung des Fragebogens wurde das SPSS-Prinzip nach Helfferich (2011) angewandt, bestehend aus den Schritten: Sammeln, Prüfen, Sortieren und Subsumieren.

- **Sammeln:** Zunächst wurden alle relevanten Fragen zur Forschungsfrage gesammelt, ohne diese direkt zu bewerten (Helfferich, 2011, S. 180). Hierbei diente bestehende Literatur, wie die Projekte von Rüefli et al. (2020) zur Schnittstelle von Gesundheits- und Sozialwesen sowie von Rüeegg (2021) zur Sozialen Arbeit in Arztpraxen, als wichtige Grundlage.
- **Prüfen:** In diesem Schritt wurden die Fragen hinsichtlich Vorwissen und Offenheit geprüft und die Liste gekürzt (Helfferich, 2011, S. 182–185). Faktenfragen, wie z. B. Alter, wurden entfernt, ebenso Fragen, die voraussichtlich spontan beantwortet oder für die Forschungsfrage nicht erforderlich waren. Ein separater Fragebogen wurde für einsilbig abrufbare Antworten eingesetzt.
- **Sortieren:** Die geprüften Fragen wurden strukturiert und in eine sinnvolle Reihenfolge gebracht (Helfferich, 2011, S. 185).
- **Subsumieren:** Abschließend wurden Erzählaufforderungen formuliert, um umfassende und inhaltlich reiche Antworten zu generieren (Helfferich, 2011, S. 185–189).

Das beschriebene SPSS-Prinzip wurde für die Optimierung des Fragebogens iterativ mehrmals angewandt, bis der dieser in seiner definitiven Fassung feststand (siehe Anhang 1).

Der Fragebogen stützt sich insbesondere auf die Literatur von Rüeegg (2021) und Rüeegg et al. (2022), die im Rahmen des Forschungsprojektes der bfh *Soziale Arbeit in der Arztpraxis* der bfh veröffentlicht wurde und auf die Literatur zur interprofessionellen Zusammenarbeit von Rüefli et al. (2020) sowie Atzeni et al. (2017).

Nach dem Interview erhielten die Befragten einen kurzen schriftlichen Fragebogen zu demografischen Angaben. Diesen füllten leider nur die Hälfte der Angeschriebenen aus. Die demografischen Daten sind deshalb unvollständig.

Methodisch wäre es vermutlich zielführender gewesen, den Fragebogen mit den demographischen Angaben zusammen mit der Datenschutz- und Einverständniserklärung vor dem Interview zu schicken, um die Zeit der Expert:innen weniger in Anspruch zu nehmen.

Feldzugang

Die Autorin knüpft an den Wissensbestand des Vereins SAGES (Soziale Arbeit im Gesundheitswesen) an, welcher zum Ziel hat, Sozialarbeitende zu vernetzen, die im Gesundheitswesen tätig sind. Vom Verein stammen auch die Kontakte zu den Interviewpartner:innen. Diese wurden von der Autorin wiederum nach weiteren in Arztpraxen tätigen Sozialarbeitenden gefragt, was zum Kontakt zu einem weiteren Interviewpartner führte. Insgesamt haben sich acht Personen für ein Interview bereit erklärt. Vier Interviews wurden für die Auswertung nicht berücksichtigt, weil sie die angeführten Einschlusskriterien in ungenügender Masse erfüllten.

Datenschutz und Anonymisierung

Im Vorfeld des Interviews erhielten die Expert:innen ein Dokument, das über den Datenschutz aufklärt und das Einverständnis der Befragten zur Verwendung ihrer Daten dokumentiert. Alle Expert:innen haben dies unterschrieben zurückgesendet. Da das Feld sehr klein und spezifisch ist und sich alle Beteiligten untereinander kennen, kann die Anonymität der Interviewten nur mit Einschränkungen gewährleistet werden. Die Autorin hat die Expert:innen, deren Interviews sie für die Analyse verwendet, deshalb in einem separaten Schritt angefragt, ob sie ihre Interviews trotz dieser Einschränkungen verwenden darf. Alle Interviewten bejahten diese Anfrage.

Analysemethode

Es wird eine qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022) durchgeführt. Zentral ist gemäss Kuckartz und Rädiker (2022, S. 49) die Idee der Strukturierung des Datenmaterials durch zwei Dimensionen: nämlich Fälle und Kategorien. Die Fälle sind die Anzahl Expert:inneninterviews. Die kategoriale Dimension strukturiert häufig inhaltliche Themen, prinzipiell können jedoch alle Arten von Kategorien gebildet werden (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 49). Es wird empfohlen, ein Forschungstagebuch zu führen, in welchem die einzelnen Schritte des Auswertungsprozesses möglichst genau dokumentiert werden (Kuckartz & Rädiker 2022, S. 53).

Bei der Entscheidung für eine der zahlreichen Varianten qualitativer Inhaltsanalysen, die Schreier vorschlägt (Schreier, 2014), fiel die Wahl auf die Inhaltlich-strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz und Rädiker (2022, S. 129-156), und zwar aus folgenden Gründen:

Die Entwicklung des Kategorienrahmens:

Gemäss Kuckartz und Rädiker (2022, S. 129-130) lässt sich bei der Entwicklung der Kategorien ein weites Spektrum feststellen, das von der vollständigen induktiven Kategorienbildung am Material bis hin zur weitgehend deduktiven Bildung von Kategorien reicht. Jedoch sind sowohl rein induktive wie vollständig deduktive Verfahren in Forschungsprojekten selten. Kuckartz und Rädiker (2022, S. 129) beschreibt diese vollständig induktiven als auch deduktiven Verfahren als zwei Pole eines Kontinuums, bei dem sich die meisten Forschungsprojekte irgendwo dazwischen befinden. Meist findet ein mehrstufiges Verfahren zur Kategorienbildung und Codierung Anwendung, wonach in der ersten Codierphase eher grob entlang von Hauptkategorien codiert wird, die beispielsweise aus dem bei der Datenerhebung eingesetzten Leitfaden stammen. Das wären demnach die Themen, die bei den Expert:inneninterviews abgefragt werden. Die Anzahl der Kategorien in dieser Phase ist gemäss Kuckartz und Rädiker (2022, S. 129) relativ klein und überschaubar. Es wird empfohlen, nicht mehr als zehn Hauptkategorien zu bilden.

In der zweiten Codierphase werden die Kategorien am Material ausdifferenziert und somit weiterentwickelt. Das mit den Hauptkategorien codierte Datenmaterial wird nun mit den neu entwickelten Subkategorien codiert (siehe Tabelle 1 sowie Kapitel 4.3, *Durchführungsphase*).

Tabelle 1

Haupt- und Subkategorien

Hauptkategorien	Subkategorien
A) Kurzbeschreibung der Ausgangssituation der interviewten Expert:innen	
B) Personelle Faktoren	B1 Merkmale Sozialarbeitende
	B2 Merkmale Ärzteschaft / Arztpraxis
C) Prozessbezogene Faktoren	C1 Bedarfsabklärung
	C2 Bekanntmachung des Angebotes
	C3 Orientierung im Einführungsprozess
D) Institutionelle Rahmenbedingungen	D1 Organisationale Strukturierung der Projekte
	D2 Finanzierung
	D3 Forschungsbedarf bezüglich Finanzierung

Hauptkategorie	Subkategorie
E) Vernetzung	E1 Sozialarbeitende und ihr Team
	E2 Sozialarbeitende untereinander
	E3 Vernetzung mit Fachhochschulen
	E4 Vernetzung mit geldgebenden Institutionen
	E5 Vernetzung mit bestehenden beruflichen oder privaten Kontakten
	E6 Vernetzung der Hausärzt:innen untereinander
	E7 Vernetzungsgefässe
	E8 Fachliteratur
	E9 Ausserordentliches Hindernis
F) Aspekte interprofessioneller Zusammenarbeit	F1 Ähnliche Haltung und Augenhöhe
	F2 Nähe und Distanz
	F3 Auftrags- und Rollenklärung

Die Kategorienbildung und Datenanalyse erfolgte mittels der Analyse-Software MAXQDA. Die *Analyseergebnisse* in Kapitel 4.4 sind entlang der Haupt- und Subkategorien gemäss Tabelle 1 strukturiert (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 130).

4.3. Durchführungsphase

Alle Interviews fanden via Zoom statt. Das aufgezeichnete Audio wurde mithilfe einer automatisierten Transkriptions-Software (NoScribe) verschriftlicht. Die so generierten Transkripte wurden von der Autorin überprüft und überarbeitet. Vier Interviews wurden für die Analyse berücksichtigt und bilden somit das Textmaterial, auf das sich folgende Auswertungen beziehen.

Kuckartz und Rädiker (2022, S. 27-28) fassen fünf Handlungsregeln aus der Hermeneutik zusammen, die für das Verstehen qualitativer Daten wichtig sind:

- Darlegen des eigenen Vorverständnisses und Reflexion der eigenen «Vor-Urteile»
- Erarbeitung des Textes als Ganzes, allfällige unverständliche Teile des Textes zurückstellen, bis diese möglicherweise klarer werden, sobald sie in Zusammenhang mit dem Rest des Textmaterials gebracht werden können.
- Bewusstwerdung der hermeneutischen Differenz: gibt es eine andere Sprache oder Kultur, die den Text fremd macht?
- Bereits beim ersten Durchgang durch den Text darauf achten, welche für die Forschung relevanten Themen vorkommen.

- Unterscheiden zwischen einer Logik der Anwendung (Welche Themen und Kategorien werden im Text identifiziert?), und einer Logik der Entdeckung (Welche Neuentdeckungen sind wichtig, was gibt es Unerwartetes?) (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 27 – 28).

Gemäss Kuckartz und Rädiker (2022, S. 89) gibt es für die Bildung von Subkategorien unterschiedliche Methoden. Die Autorin hat eine offene Vorgehensweise nach der Grounded Theory angewendet (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 89). Hierbei wird alles „was den Forschenden in den Sinn kommt“ und durch den Text induziert wird, codiert. Es handelt sich um einen mehrstufigen Prozess, bei welchem durch Aggregation und Integration ein höheres Niveau der Abstraktion erreicht wird. Im Verlauf des Analyseprozesses erfolgt eine Fokussierung auf wenige, besonders wichtige Kategorien. Weiter ist die Aufmerksamkeit für die Verwendung von Begrifflichkeiten der Interviewten vorhanden, und es findet während der gesamten Analyse eine Reflexion über die Kategorien statt (Kuckartz & Rädiker, 2022, S. 130).

Während der gesamten Analyse wurden die Kategorien laufend reflektiert und standen in Wechselwirkung mit der Fragestellung. Bei diesem Prozess wurde das bestehende Vorwissen der Autorin mit dem neu erworbenen Wissen erweitert und verändert. Die Forschungsfrage stand dabei jeweils im Zentrum und hat sich im Verlauf des qualitativen Prozesses leicht verändert, wie dies in Kapitel 4.1, *Fragestellung* dargelegt wird.

4.4. Analyseergebnisse

Im Folgenden werden die Analyseergebnisse entlang der Haupt- und Subkategorien (Tabelle 1) dargelegt. Als erstes wird in einer Kurzbeschreibung der Ausgangssituation der Expert:innen eingegangen, um der Leserschaft ein Gesamtbild zu vermitteln. Die weiteren Hauptkategorien werden mithilfe der jeweiligen Subkategorien dargelegt. Die Ergebnisse der Interviews werden jeweils in tabellarischer Form zusammengefasst, förderliche und hinderliche Faktoren werden explizit herausgestellt. Dies beantwortet die Frage, welche förderlichen und hinderlichen Faktoren die Einführung und Umsetzung von Angeboten Sozialer Arbeit in und für Hausarztpraxen beeinflussen. Zu den jeweiligen Tabellen folgt jeweils im Anschluss die dazugehörige Synthese. Hierbei handelt es sich um theoretische Bezüge, empirische Befunde oder Schlussfolgerungen aus den Analyseergebnissen.

A) Kurzbeschreibung der Ausgangssituation der interviewten Expert:innen

Um ein Gesamtbild zu erhalten, werden im Folgenden die Entstehungsgeschichten der Angebote dargelegt.

Expertin A ist selbständig erwerbende Sozialarbeiterin, arbeitet im Kinderschutz und hat mit ihrem Angebot als selbständige Sozialarbeiterin noch andere Standbeine wie Elternberatung, Supervisionen und

weitere. Zudem ist sie noch 10 % angestellt als Gruppentherapeutin. Das mit ihr geführte Interview bezog sich ausschliesslich auf ihre Tätigkeit in der ambulanten Grundversorgung.

Bevor sich Expertin A selbständig machte, hatte sie in einem grossen Konzern in der betrieblichen Sozialberatung gearbeitet. Diese wurde von Mitarbeitenden des Konzerns rege genutzt und geschätzt, da sie mit allen möglichen Themen in die Beratung kommen konnten, das Angebot niederschwellig zugänglich und die Hemmschwelle, es zu nutzen, klein war. Sie überlegte sich, dass sie so ein Angebot gerne breiter zugänglich machen würde, also auch für Menschen, die nicht (mehr) arbeiten wie Rentner:innen oder nicht erwerbstätige Mütter. In diesem Konzern hatte sie auch mit vielen Ärzt:innen zu tun. Dort stellte sie wiederholt fest, dass Menschen in komplexen bio-psycho-sozialen Problemlagen nicht ausreichend behandelt werden konnten.

Ich habe mit vielen Ärzten dort auch zusammengearbeitet, und habe gemerkt, der Arzt hat gar nicht wirklich viele Tools, um auf soziale Themen zu reagieren. Er kann entweder eine Krankenschreibung machen, (.) er kann Medikamente abgeben, oder er kann einen Flyer oder Überweisung an einen Beratungs- oder Therapeut machen. Wobei, ob die dort ankommen, ist ja dann nicht mehr in seiner Verantwortung. Und ich hatte tatsächlich zwei Jugendliche, (.) Lernende, die aufgrund von belasteten Situationen zu Hause, also Leistungsdruck, zu Hause war noch häusliche Gewalt, und andere Themen, sich somatisch reagiert haben, zum Arzt gegangen sind und dann mit diesen verschriebenen Medikamenten einen Suizidversuch gemacht haben. Und ich fand, irgendetwas an diesem System stimmt da nicht. Der Arzt hätte doch das Gespür haben müssen, dass die Jugendlichen mehr brauchen, als einfach nur Medikamente. Ich fand, wenn er dort Sozialarbeit, Sozialberatung hätte dazu holen können (..) hätte den Jugendlichen besser geholfen werden können. (Expertin A)

A fing an, sich zu vernetzen, und wurde im April 2019 Mitglied des neu gegründeten Fachverbands SAGES. In einer Fachzeitschrift erschien damals ein Artikel über ein bereits bestehendes Projekt Sozialer Arbeit in einer Arztpraxis. Aufgrund dieses Artikels meldete sich ein Arzt bei der im Artikel vorgestellten Sozialarbeiterin, Expertin C, die in der vorliegenden Arbeit ebenfalls interviewt wurde. C verwies den Arzt aufgrund der regionalen Zuständigkeit an A.

A begann, mit dem Arzt zusammenzuarbeiten. Beide hatten ein Interesse daran, die Zusammenarbeit zu systematisieren in Form von vertraglichen Regelungen, sowie einer Finanzierung des Projektes (z.B. durch Stiftungen). Die Zusammenarbeit konnte allerdings nicht systematisiert werden aufgrund des hohen administrativen Aufwands, der Finanzierungsfragen inhärent ist. Beide hatten zu wenige Ressourcen für diesen Prozess und die Systematisierung wurde abgebrochen. Sie konnte jedoch vereinzelt Patient:innen von ihm übernehmen. Finanzierungsmöglichkeiten von Einzelfällen (Querfinanzierung)

ist beispielsweise durch die Invalidenversicherung (IV), Sozialämter, Regionale Arbeitsvermittlung (RAV), Taggeldversicherungen oder selbstzahlende Patient:innen möglich.

Das Hauptkriterium für den Einschluss in die Untersuchungsstichprobe ist die gelungene Einführung sozialer Arbeit in oder für Hausarztpraxen. In einer engen Auslegung dieses Kriteriums müsste Expertin A eigentlich ausgeschlossen werden, auch deshalb, weil der zuweisende Arzt nicht ein Hausarzt, sondern ein Spezialist ist. Expertin A ist jedoch ein sehr instruktives Beispiel für verschiedene Hürden und Hindernisse, die einer nachhaltigen Einführung im Wege stehen. Deshalb wurde sie in der Analysestichprobe belassen. Zudem ist ihr Angebot grundsätzlich offen für Zuweisungen von Hausarztpraxen.

Experte B kannte den Hausarzt, in dessen Gemeinschaftspraxis er nun angestellt ist, bereits seit langer Zeit aus dem privaten Umfeld. Der Hausarzt wollte in Pension gehen, fand jedoch keine Nachfolge und musste seine Praxis neu strukturieren und in eine Gemeinschaftspraxis umwandeln. B hat in dieser Zeit den Hausarzt für die Idee, Soziale Arbeit in Praxis anzubieten, gewinnen können. Das Projekt läuft seit 2020. Auf Initiative des Hausarztes übernahm die Domizilgemeinde der Praxis für die ersten drei Jahre eine Defizitgarantie. Nach Ablauf dieser drei Jahre wurden die Stellenprozente von B durch die Praxis übernommen. B übernimmt nicht nur sozialarbeiterische Aufgaben, sondern ist auch zuständig für die Logistik und die Teambildung und unterstützt auch die medizinische:n Praxisassistent:innen (MPA) bei ihren Aufgaben. So nimmt er an Rapporten teil und instruiert auch die Hausärzteschaft, z.B. wenn es darum geht, notwendige Dokumente von Patient:innen einzufordern, oder darum, welche Informationen die IV von den Hausärzt:innen in einzureichenden Berichten benötigt. Die Praxis zeichnet sich dadurch aus, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit relativ eng ist.

Expertin C ist seit zehn Jahren in der Sozialberatung einer grösseren, gemeinnützigen Organisation angestellt, die mehrere Standbeine hat. Vor ca. fünf Jahren hat sie in einer Fachzeitschrift von einem bestehenden Angebot Sozialer Arbeit in einer Hausarztpraxis gelesen. Es gelang ihr, ihre Vorgesetzten von der Idee zu überzeugen. Gemeinsam nahmen sie den administrativen Aufwand in Angriff, um Stiftungsgelder zur Finanzierung des Angebots zu mobilisieren. Gleichzeitig haben sie Arztpraxen gesucht, die bereit waren, Soziale Arbeit zu implementieren. Beides beschreibt B als aufwändigen Prozess. Das daraus resultierende Projekt läuft seit 2020. Vier für das Projekt rekrutierte Praxen wurden von Stiftungsgeldern finanziert. Im Verlauf des Projektes sind fünf weitere Praxen als selbstzahlende Praxen hinzugekommen, ohne dass C aktiv Werbung dafür gemacht hat. Eine Praxis ist im Verlauf des Projektes aufgrund von divergierenden Haltungen wieder weggefallen, was in der Subkategorie *F21 ähnliche Haltung* erläutert wird. Mittlerweile sind es acht Arztpraxen, zwischen denen C rotiert. Pro Woche ist sie einen halben Tag in einem Raum der jeweiligen Praxis für Sozialberatungen vor Ort.

Expertin D hat ursprünglich Sozialanthropologie studiert und lange Zeit in einem Spital auf der Sozialberatung gearbeitet. Sie schätzte zwar die Arbeit mit den Patient:innen, störte sich jedoch zunehmend

an den hierarchischen Spitalstrukturen, die ihr nicht die Möglichkeiten und die Freiheit bieten, die sie sich wünscht. Sie strebte eine selbständige Tätigkeit an, wollte jedoch nicht nur für «reiche» Klient:innen arbeiten, also jene, die sich ihre Beratungsstunden selber leisten konnten. Aufgrund ihrer beruflichen Erfahrung weiss sie, dass Armut und Krankheit sich stark wechselseitig bedingen. Da für die Mobilisierung von Stiftungsgeldern die Steuerbefreiung von Zuwendungen ein wichtiges Kriterium ist, gründete sie für ihr Projekt einen gemeinnützigen Verein. Der Rücklauf von 20 % der von ihr durchgeführten Bedarfsabklärung zeigte, dass für ihr Angebot seitens Hausärzteschaft durchaus Nachfrage besteht. Das Projekt von Expertin C startete 2020 mit fünf Praxen. Die Zusammenarbeit mit den jeweiligen Praxen ist nicht vertraglich geregelt. Es gibt ein Zuweisungsformular auf ihrer Internetseite, das die Hausärzt:innen ausfüllen können. Die Patient:innen werden so auf ähnliche Weise zugewiesen wie beispielsweise bei einer externen Physiotherapie. Die Nutzung des Angebotes ist für die Arztpraxen nicht kostenpflichtig. Sie hat Unterstützung von einem Mitarbeiter, der 10 % angestellt ist und der insbesondere administrative und IT-Unterstützung bietet. Ohne weitere aktive Werbung hat sich das Projekt bis 2023 auf insgesamt 25 zuweisende Praxen vergrössert. Obwohl Expertin C für die administrative und IT-Unterstützung einen Mitarbeiter anstellte, musste sie die Anzahl Zuweisungen beschränken, da sie den Aufwand nicht mehr bewältigen konnte. Seit zwei Jahren bezahlt auch der Dachverband der Ärzt:innen der Region einen Anteil, der vom Nutzen des Angebotes überzeugt ist.

Alle interviewten Expert:innen beraten nicht nur die zugewiesenen Patient:innen, sondern auch Ärzt:innen, die mit Fragen auf die Sozialarbeitenden zugehen.

Aus den Kurzbeschreibungen wird ersichtlich, dass es sehr unterschiedliche Wege gibt, Angebote Sozialer Arbeit aufzubauen und umzusetzen. Mit Blick auf die Hauptfragestellung der Arbeit werden im Folgenden die Daten aus den Expert:innen-Interviews auf die Faktoren hin analysiert, die für die Einführung und Umsetzung von Angeboten Sozialer Arbeit in und für Hausarztpraxen förderlich bzw. hinderlich sind. Es handelt sich um:

- B) Personelle Faktoren
- C) Prozessbezogene Faktoren
- D) Institutionelle Rahmenbedingungen
- E) Vernetzung
- F) Aspekte interprofessioneller Zusammenarbeit

Diese Faktoren bilden auch die Hauptkategorien des Kategorienrahmens, der für die Datenanalyse erstellt wurde. Für jede Hauptkategorie wurden Subkategorien gebildet. Die förderlichen und hinderlichen Aspekte werden explizit herausgearbeitet und auf konkrete Problemstellungen bezogen.

B) Personelle Faktoren

Für die Hauptkategorie B, *Personelle Faktoren*, wurden die zwei Subkategorien gebildet. *B1 Merkmale Sozialarbeitende* und *B2 Merkmale Ärzteschaft*. Diese bilden die Angebots-Nachfrage-Relation des Untersuchungsgegenstands ab.

B1 Merkmale Sozialarbeitende

Alle Expert:innen betonen, dass besonders die Einführungsphase viel Zeit in Anspruch nimmt. Stellen Sozialarbeitende ein eigenes Projekt auf die Beine (z.B. sich selbständig machen, einen eigenen Verein gründen), benötigen sie nebst den zeitlichen auch (private) finanzielle Ressourcen, da diese Arbeit in der Anfangszeit nicht bezahlt wird.

Expertin D hat einen eigenen Verein gegründet. Vor diesem Hintergrund führt sie aus, was Sozialarbeitende mitbringen müssen:

Dann müssen sie die nötige Begeisterung haben. Dann müssen sie ein finanzielles Polster haben. Mein Mann arbeitet hochprozentig. (.) Und es war ein Risiko. Also, da muss jemand da sein, der das hilft zu tragen. (.) Das ist ein ganz wichtiger Punkt. Als alleinerziehende Mutter, das wird schwierig. Da habe ich wirklich die Luxusvoraussetzung, dass ich einen verständnisvollen Mann habe, der sagt, das ist okay. Das ist gut. Wir schauen, dass wir (..) unser Lebensunterhalt finanzieren können. Unsere Kinder sind auch draussen. Das ist auch eine grosse, grosse Erleichterung natürlich. (.) Das ist etwas, weil man macht etwas im luftleeren Raum ...

Die zeitlichen und finanziellen Ressourcen von Expertin A sind gebundener. Sie ist Mutter von Kleinkindern und sie hat das unternehmerische Risiko als selbständig Erwerbende erfahren:

Ich arbeite noch im Kinderschutz. Ich habe selber auch noch Kinder. Es war einfach nicht mehr möglich. Ich habe schon so viele Stunden in dieses ganze Projekt (..) investiert, unbezahlt. (..)
(Expertin A)

Obschon beide die Zusammenarbeit systematisieren wollten, war der administrative Aufwand, der insbesondere im Fall von Expertin A alleine bestritten wurde, zu gross. Darauf wird in Subkategorie *D2 Finanzierung* näher eingegangen.

Die interviewten Sozialarbeitenden verfügen über ein hohes Mass an Eigenverantwortung, Durchhaltewillen und Engagement. Sie sind mutig, probieren Neues aus. Expertin D war die erste, die in ihrer Region ein solches Projekt ins Leben gerufen hat («etwas im luftleeren Raum machen»). Sie verfügen alle über einen Bachelor in Sozialer Arbeit sowie über mehrjährige Berufserfahrung in der klinischen Sozialarbeit. Expertin D hat zudem einen Master of Science in Sozialanthropologie, Expertin C einen Master of Arts in Sozialer Innovation, Experte B verfügt über ein CAS in Sozialversicherungsrecht sowie

ein CAS als Ausbilder in der Praxis, Expertin A verfügt über Beratungsspezifische Weiterbildungen. Alle Expert:innen sind zudem gut vernetzt (siehe dazu Kategorie E, *Vernetzung*).

Personelle Faktoren sind nicht per se positiv oder negativ. In Tabelle 2 werden die Merkmale der Sozialarbeitenden konkreten Problemstellungen zugeordnet und es erfolgt eine Einschätzung, welche Faktoren für die Problemstellung förderlich bzw. hinderlich sind.

Tabelle 2

Merkmale Sozialarbeitende

Herausforderung	Hinderlich	Förderlich
Hoher zeitlicher und finanzieller Aufwand insbesondere während der Einführungsphase	Anderweitige Verpflichtungen, die viel Zeit in Anspruch nehmen z.B. Kleinkinder oder andere/weitere berufliche Verpflichtungen Fehlende administrative Unterstützung	Finanzielle Absicherung/Reserven, um zumindest in der Startphase ohne oder mit wenig Lohn arbeiten zu können Anstellung bei einer Organisation, die während der Einführungsphase bereits Lohn bezahlt Solide Qualifikation und mehrjährige Berufserfahrung in klinischer Sozialarbeit Hohes Mass an Eigenverantwortung, Durchhaltewillen und Engagement. Mut, Neues auszuprobieren

In der Ausbildung von Sozialarbeitenden ist unternehmerisches Denken und Handeln ein marginales Thema, da Sozialarbeitende selten für die Finanzierung ihres Lohnes verantwortlich sind und es auch nicht zum Kerngeschäft Sozialer Arbeit gehört, unternehmerisch zu denken und zu handeln. Trotzdem gibt es Sozialarbeitende, nicht nur die hier befragten Expert:innen, die die Finanzierung ihrer Dienstleistungen selbst sicherstellen (müssen). In den vorliegenden Fällen konnte eine nachhaltige Finanzierung bisher kaum erreicht werden, näheres dazu ist in der Kategorie *D2 Finanzierung* dargelegt. Die Expert:innen müssen daher einen Umgang mit der Ungewissheit finden, dass es ihr Projekt im folgenden Jahr vielleicht nicht mehr gibt.

Die befragten Expert:innen sind Innovator:innen. Sie sorgen dafür, dass Soziale Arbeit Lösungen für soziale Probleme findet (AvenirSocial, 2010, S. 7) und handeln dabei interdisziplinär (AvenirSocial, 2010, S. 15).

Expertinnen A und D sind beide Mütter. Im Fall von A sind die Kinder noch klein, im Fall von D von bereits erwachsen. Beide nennen ihre Kinder als relevanten Faktor für die zeitlichen Ressourcen, die sie in die Aufbauphase ihrer Projekte investieren konnten. Anhand der beiden Beispiele wird deutlich,

dass Innovation und die damit verbundenen Anfangsinvestitionen auch massgeblich eine Geschlechterfrage ist (vgl. hierzu auch BFS, 2018; BFS, 2021, S. 35). B und C haben keine Kinder erwähnt.

Mütter mit kleinen Kindern leisten deutlich mehr unbezahlte Care-Arbeit als Väter. In Haushalten mit jüngstem Kind unter vier Jahren investieren Mütter 61 Stunden pro Woche in Familienarbeit, während Väter 36 Stunden aufwenden. Diese Ungleichheit bleibt bestehen, auch wenn das Kind älter wird (BFS, 2021, S. 35). 70 % der Frauen fürchten negative Konsequenzen für ihre Karriere, wenn sie an die Gründung einer eigenen Familie denken (BFS, 2018). Auf Forderungen, die sich daraus an die Politik ergeben, wie Lohngleichheit zwischen den Geschlechtern oder bezahlbare KiTa-Plätze soll an dieser Stelle nicht vertieft eingegangen werden.

B2 Merkmale Ärzteschaft

Um darzulegen, welche Eigenschaften die Hausärzt:innen und Praxen mitbringen müssen, damit eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Sozialarbeitenden begonnen werden kann, wird im Folgenden auf Merkmale der Ärzteschaft eingegangen. Zu beachten ist, dass es sich um die Sichtweise der interviewten Sozialarbeitenden handelt und die Hausärzt:innen nicht direkt befragt wurden.

Gemäss allen Expert:innen muss die Haltung geprägt sein von Offenheit sowie einem sozialen Verständnis, da ansonsten keine Zusammenarbeit zustande kommt.

Alle Projekte haben mit Praxen gestartet, die ein soziales Verständnis mitbringen.

Expertin D:

Und dann gibt es die Praxen, die extrem sensibilisiert sind per se, das sind eben die, die fünf, die zugewiesen haben, von Anfang an, und das stimmt eigentlich, das sind die, die (.) eine psychosoziale, zwei, drei, zwei, glaube ich, selber so Spezialist:innen haben, plus die, die per se, also eben, (.) Praxis X und Y das sind so zwei Praxen, die sind einfach sehr, sehr, sehr sozial sensibilisiert, und die erzählen das natürlich weiter, und auch wahrscheinlich mit der nötigen Begeisterung, die es braucht, für gewisse Hausärzte, die halt nicht so sensibilisiert sind (.) und sagen, hey, das gibt es in der Region (.) und so sind wir dann zu unseren, ich weiss nicht, 25 Hausarztpraxen, oder was es im Moment ist, respektive jetzt haben wir ja wieder reduziert, ab 2024, und das ist, die Sensibilisierung läuft wirklich unter den Hausärzten, die sind wirklich kolossal gut vernetzt. (..) (Expertin D)

Auf die Bedeutung der Vernetzung wird in der Kategorie *E) Vernetzung* eingegangen. Hier geht es darum, dass alle Projekte mit Praxen gestartet haben, die «ein soziales Gespür» aufweisen.

Es gibt Praxen, bei denen die finanzielle Profitabilität das soziale Verständnis in den Hintergrund drängt. Expertin C berichtet in diesem Zusammenhang von einer Praxis, mit der die Zusammenarbeit nach zwei Jahren eingestellt werden musste:

Das war eine wirtschaftlich denkende Praxis, (.) dort ging es nur um Medikamente, Labor, Labor, Labor, Labor. (.) Und Sozialberatung ist so, ja, herzig, aber ja. (.) Du bringst uns kein Geld, du besetzt unser Zimmer. (...) Und klar kommen auch nette Aussagen wie, du bist eine Entlastung, danke vielmals, dass du endlich mit dem die IV-Anmeldung gemacht hast, aber Geld hast du mir trotzdem nicht gebracht. Verstehst du, dann klappt das nicht. Das ist nicht professionell zusammenarbeiten, da sind wir einfach so zwei Welten. Und dort haben wir uns dann einfach verabschiedet. (Expertin C)

Die Aussage verdeutlicht, dass solche Haltungsfragen mitentscheidend sind für das Gelingen oder Misslingen von IPZ. Zwar müssen alle Arztpraxen finanziell überleben, doch scheint es einige zu geben, die den wirtschaftlichen Aspekt stärker in den Vordergrund stellen als andere (siehe auch Subkategorien *F1 Ähnliche Haltung und Augenhöhe* sowie *D2 Finanzierung*).

Je nachdem wie das Projekt strukturiert ist, benötigen nicht nur die Sozialarbeitenden in der Einführungsphase viele zeitliche und finanzielle Ressourcen, sondern auch die Arztpraxen. Denn wenn sie nicht Patient:innen behandeln, können sie auch keine Leistungen abrechnen und verdienen in dieser Zeit kein Geld. Für die Hausärzt:innen ist es deshalb wirtschaftlich interessant, wenn sie lediglich ein Zuweisungsformular ausfüllen müssen und die Patient:innen zu einer externen Sozialberatung schicken können (siehe dazu Kategorie D, Institutionelle Rahmenbedingungen).

Der Arzt von Projekt A hatte zu wenige Ressourcen, zeitliche, finanzielle und/oder personelle, um die Zusammenarbeit zu institutionalisieren, d.h. den Einführungsprozess abzuschliessen. Das Angebot hätte nicht von ihm finanziert werden können (er arbeitet für seinen Lohn) und die Suche nach alternativen Finanzierungsmöglichkeiten hat zu viele zeitliche Ressourcen in Anspruch genommen. Die befragten Expert:innen legen vor diesem Hintergrund nahe, dass Hausärzt:innen oft Unterstützung benötigen, beispielsweise im administrativen Bereich.

Er war alleine unterwegs, er war nicht in einer Gemeinschaftspraxis. (Expertin A)

Und dann ist eben die Zusammenarbeit mit dem Arzt, wie gesagt, er hätte die Ressourcen nicht, um da jetzt weiterzumachen. (Expertin A)

Daraus geht hervor, dass auch die Ärztinnen und Ärzte Unterstützung brauchen können, beispielsweise im administrativen Bereich. Den Grossteil des administrativen Aufwands bestritt Expertin A.

Im Folgenden werden die Merkmale der Ärzteschaft aus Sicht der Expert:innen, bezogen auf die interprofessionelle Zusammenarbeit, dargestellt. Links in Tabelle 3 ist die Herausforderung, in der Mitte die hinderlichen und rechts die förderlichen Faktoren.

Tabelle 3

Merkmale Ärzteschaft

Herausforderung	Hinderlich	Förderlich
Das Verständnis für soziale Problemlagen ist bei den Ärzt:innen unterschiedlich ausgeprägt	Mangelndes soziales Verständnis	Ausgeprägtes soziales Verständnis, Offenheit Gute Vernetzung, die den Sensibilisierungsprozess begünstigt
Teilweise eher stark ausgeprägte Gewinnorientierung seitens Ärzteschaft	Sind die Angebote für diese Praxen kostenpflichtig, erschwert / verunmöglicht dies eine Zusammenarbeit	Weniger enge Zusammenarbeit z.B. externe Sozialberatung Kostenlose Nutzung der Angebote durch Hausärzteschaft möglich
Zeitlicher und finanzieller Aufwand in der Einführungsphase	Unternehmerischer/wirtschaftlicher Druck	Externe Sozialberatung, die keine vertraglichen Regelungen erfordert Delegieren des administrativen Aufwands

Alle Praxen unterliegen einem unternehmerischen Druck. Soziale Arbeit ist nicht abrechenbar nach Tarmed. Dies sind institutionelle Rahmenbedingungen. Einige Praxen weisen jedoch, gemäss den Aussagen der Expert:innen, trotzdem mehr Sensibilität für soziale Einflussfaktoren auf als andere.

Gemäss Dr. Rouven Portz (2021, S. 5), Leiter Medizintechnik und ärztliche Weiterbildung am Inselspital Bern, wird seitens Ärzteschaft noch zu wenig über Werte gesprochen. Dies wird damit begründet, dass dies früher von Ärzt:innen noch nicht verlangt wurde und / oder weil diese Auseinandersetzung in ihren Ausbildungen zu wenig verortet ist. Zwar gibt es ethische Prinzipien (1: Respekt vor Patient:innenautonomie, 2: Fürsorge, 3: Nicht-Schaden und 4: Gerechtigkeit). Was jedoch fehlt ist eine Anleitung der Reflexion bezüglich Kontext, also die Institution mit zu bedenken, formelle und informelle Hierarchien sowie finanzielle Einflussfaktoren (Portz, 2021, S. 5). Er plädiert dafür, die klinisch-ethische Entscheidungsfindung nicht nur am Krankenbett, zusammen mit den Gesundheitsfachpersonen zu treffen, sondern beispielsweise die Machtstrukturen eines Spitals in Theorien zu reflektieren und in Methoden anzuwenden (Portz, 2021, S. 6). Dies kann abgeleitet werden auf Hausarztpraxen, dass also beispielsweise mitbedacht wird, inwiefern ärztliche Entscheidungen von finanziellen Aspekten beeinflusst werden. Prof. Dr. Nikola Biller-Andorno und Dr. Thomas Kapitza (2021, S. 11) sprechen bezüglich dieses Themas, dem ärztlichen Ethos und der Macht des Geldes, vom «Elefanten im Raum». Standesrechtlich wird von Ärzt:innen erwartet, bei ihren Entscheidungen und Handlungen stets das Patient:innenwohl

in den Mittelpunkt zu stellen. Doch die Umsetzung im Klinikalltag findet häufig in einem ethischen Spannungsfeld mit unternehmerisch-betriebswirtschaftlichen Zielen einer Versorgungseinrichtung statt. Das Patient:innenwohl ist allenfalls im Qualitätsmanagement verankert, jedoch lässt es sich nicht direkt monetär bewerten – anders als die betriebswirtschaftlichen Ziele. Neben den Auswirkungen auf den Genesungsprozess von Patient:innen haben die Entscheidungen der verantwortlichen Ärzt:innen stets eine ressourcenbezogene, also geldbezogene Wirkung. Damit werden finanzielle Ressourcen faktisch zu einem mächtigen Einflussfaktor (Biller-Andorno & Kapitza, 2021, S. 11).

Aus den Expert:inneninterviews wird ersichtlich, dass es Praxen gibt, die den finanziellen Aspekt spürbar in den Vordergrund stellen und auch ihre Behandlungen danach richten. Beispielsweise indem insbesondere teure Leistungen erbracht werden und wenig Wertschätzung jenen Berufsgruppen zu Teil wird, die weniger Macht haben. Es gibt jedoch auch Praxen, die beispielsweise ein soziales Leitbild haben und danach handeln. Näheres dazu ist in der Kategorie *F) Aspekte interprofessioneller Zusammenarbeit* aufgeführt. Auch mit Praxen, die den finanziellen Aspekt stark gewichten, kann zusammen gearbeitet werden. Eine kostenlos nutzbare, externe Sozialberatung beispielsweise ist unabhängiger als eine integrierte Sozialberatung. Näheres dazu ist in Kategorie *D Institutionelle Rahmenbedingungen* ersichtlich.

C) Prozessbezogene Faktoren

In der Hauptkategorie *C, Prozessbezogene Faktoren* gibt es drei Subkategorien *C1 Bedarfsabklärung*, *C2 Bekanntmachung des Angebotes* und *C3 Orientierung im Einführungsprozess*.

C1 Bedarfsabklärung

Bei der Abklärung des Bedarfs für ihre Angebote haben die befragten Expert:innen unterschiedliche Kommunikationswege eingeschlagen: schriftlich, telefonisch, persönlich oder via Artikel in einer Fachzeitschrift.

Expertin D hat eine schriftliche Umfrage zum potenziellen Bedarf für das von ihr geplante Angebot an diverse Hausarztpraxen der Region geschickt. Rund 20 % aller angeschriebenen Praxen zeigten Interesse. Diese wurden von der Sozialarbeiterin über den Projektverlauf auf dem Laufenden gehalten und gehörten zu den ersten Praxen, die Zuweisungen an die externe Sozialberatung gemacht haben. Alle weiteren kamen im Verlauf der Zeit dazu, ohne dass D Werbung dafür gemacht hat (siehe dazu die Subkategorien *C2 Bekanntmachung des Angebotes* sowie *E7 Vernetzung der Hausärzt:innen untereinander*). Hilfreich für die Bedarfsabklärung war für D ihre Erstausbildung als Sozialanthropologin und ihre mehrjährige Berufserfahrung im Spitalsozialdienst. So wusste sie die Bedarfsabklärung niederschwellig und kurz zu halten, im Wissen darum, dass Ärzt:innen im Berufsalltag wenig Zeit haben.

Expertin C hat den Bedarf bei den Arztpraxen telefonisch abgeholt. Dazu hat sie zahlreiche Praxen der Region angerufen, kurz ihr Vorhaben geschildert und den Bedarf abgeholt. Sie schildert den Prozess so:

Bei der ersten Praxis bin ich am Telefon abgewimmelt worden, wir haben kein Interesse an ihr. (..) Ich dachte, du hast das Projekt nicht verstanden. (.) Als ich dann bei den Ärztinnen nachgehakt habe, waren sie gottentfroh. (Expertin C)

Bei den Praxen, die Interesse bekundeten, wurden Termine vereinbart, bei denen C die Praxis besucht und das Projekt näher vorgestellt hat. Der Vorteil gegenüber einer schriftlichen Befragung ist, dass differenzierter vorgegangen werden kann. Der Nachteil ist, dass es mehr Zeit braucht. Da es bei diesem Projekt jedoch vorgesehen ist, Verträge mit den Praxen auszuhandeln, ist das Vorgehen passend. Dem gegenüber ist Projekt D eine externe Sozialberatung. Das heisst, es werden keine Verträge ausgehandelt. Daher ist weniger persönlicher Austausch notwendig.

Experte B kannte den Hausarzt, in dessen Gemeinschaftspraxis er nun angestellt ist, bereits persönlich. Daher wusste er, dass der Hausarzt dabei war, seine Praxis umzustrukturieren. Den Bedarf nach einem Angebot Sozialer Arbeit in der Hausarztpraxis hat er in einem persönlichen Gespräch mit dem ihm bekannten Hausarzt geweckt:

Er ist schon mit dem psychosozialen Modell vertraut. (..) Ich habe ihn dann eingewiesen. Das Bio und das Psycho sehe ich schon bei dir. Aber das soziale Feld, wenn du etwas Neues aufbauen willst, wolltest du nicht gleich die Soziale Arbeit integrieren. (.) Viele Leute kommen zu dir. (...) mit irgendeinem bio... zum Beispiel mit Kopfweh aber der Auslöser ist sozialer Natur, Geldsorgen oder Sozialversicherungen. Das ist etwas, was die Soziale Arbeit gut abdecken und abfangen kann. (..) Das ist auf ziemlich fruchtbaren Boden gestossen. (.) Das würde er versuchen. (Experte B)

Projekt A kam zustande, weil ein Arzt in einem Artikel in einer Fachzeitschrift auf ein Angebot Sozialer Arbeit in der Hausarztpraxis aufmerksam wurde. Dieses wollte er für seine Praxis auch implementieren. So meldete er sich bei Expertin C, um die es im Artikel ging. Aufgrund der regionalen Zuständigkeit verwies diese ihn weiter an Expertin A.

Tabelle 4 vermittelt im Überblick, welche hinderlichen und förderlichen Faktoren die befragten Expert:innen bezüglich der Bedarfsabklärung nannten.

Tabelle 4

Bedarfsabklärung

Art der Bedarfsabklärung	Hinderlich	Förderlich
Schriftlich	Ärzt:innen haben / nehmen sich wenig Zeit zum Ausfüllen. Dadurch sinkt der Rücklauf	Bedarfsabklärung möglichst kurzhalten Vorwissen aus Bildung und Beruf einfließen lassen Vorlagen oder Vorwissen von anderen nutzen
Telefonisch	Es nimmt Zeit in Anspruch Sozialarbeitende können abgewimmelt werden am Telefon	Praxen mit einem Sozialen Leitbild auswählen Erleichterte Zugänge zu bereits bekannten Hausarztpraxen (Vernetzung: berufliche oder private Kontakte) z.T. Hartnäckigkeit der Sozialarbeitenden, Durchhaltewille
Persönliches Gespräch		Bestehende Kontakte zu Hausärzt:innen (Subkategorie E5)
Artikel in Fachzeitschrift		Bereits bestehende Angebote werden für eine potenziell interessierte spezifische Zielgruppe publik gemacht

Es sind auch Mischformen der oben genannten Vorgehensweisen denkbar. Mit den Praxen, die einen Bedarf aufweisen, können weitere Schritte geplant werden im Einführungsprozess. Auch wenn keine gemeinsamen Verträge ausgehandelt werden, empfiehlt es sich, diese Praxen auf dem Laufenden zu halten über den Aufbau des Angebotes Sozialer Arbeit. So sind es diese Praxen, die vom Angebot wissen und erste Zuweisungen machen. Aufgrund der guten Vernetzung der Hausärzteschaft untereinander verbreitet sich die Kenntnis über das Angebot (siehe dazu Subkategorie *E7 Vernetzung der Hausärzt:innen untereinander*).

C2 Bekanntmachung des Angebotes

Als erstes wurden die Expert:innen aktiv, indem sie auf die Arztpraxen zugegangen sind (siehe die Subkategorie *C1 Bedarfsabklärung*). Die Zusammenarbeit beginnt mit Hausarztpraxen resp. Hausärzt:innen, die sensibilisiert sind für die sozialen Probleme ihrer Patient:innen (siehe dazu Subkategorie *B2, Merkmale Ärzteschaft*). Wenn das Projekt erstmal läuft, spricht sich dies in den übrigen Hausarztpraxen

aufgrund der guten Vernetzung der Hausärzt:innen untereinander herum, und so kommen mehr Praxen hinzu, falls die strukturellen Rahmenbedingungen dies zulassen (siehe dazu Subkategorien *D1 Organisationale Strukturierung der Projekte* sowie *E7 Vernetzung der Hausärzt:innen untereinander*).

Bei Projekt C sind während des Projektverlaufs «von selbst» vier Arztpraxen hinzugekommen, ohne dass Expertin C bei diesen Praxen Werbung gemacht hatte.

Expertin D hat mit 5 Praxen angefangen und im Verlauf Zuweisungen von 25 Praxen erhalten, ohne selbst Werbung zu machen. D sagt über die Praxen, mit denen die Zusammenarbeit begonnen hat:

Das sind so (...) Praxen, die sind einfach sehr, sehr, sehr sozial sensibilisiert, und die erzählen das natürlich weiter, und auch wahrscheinlich mit der nötigen Begeisterung, die es braucht, für gewisse Hausärzte, die halt nicht so sensibilisiert sind. (Expertin D)

Expertin D spricht in diesem Zusammenhang weiter von «Superspreadern», dass also bestimmte Hausärzt:innen, also Multiplikator:innen, die besonders viele andere Ärzt:innen über das neue Angebot informieren. Daraus kann abgeleitet werden, dass die Ärzt:innen ein unterschiedliches Kommunikationsverhalten aufweisen und es solche gibt, die für die Verbreitung eines Angebotes als Schlüsselfiguren betrachtet werden können.

Anders verhält es sich bei Angeboten, deren Aufnahmekapazität begrenzt ist. Bei solchen werden die Ärzt:innen der angeschlossenen Praxis / Praxen sensibilisiert, sodass genügend Zuweisungen erfolgen. Expertin C, die zwischen acht Arztpraxen rotiert, verschickt dazu jeweils monatlich eine Mail an die Ärzteschaft, in der sie ein Fallbeispiel schildert. So sensibilisiert sie die angeschlossenen Ärztinnen und Ärzte auf soziale Probleme und macht ihr Angebot bekannt. Dies hat sich bewährt und ihre Agenda ist gut gefüllt. Daran erkennt sie, dass die interprofessionelle Zusammenarbeit gut funktioniert. Eine weitere Möglichkeit sind persönliche Gespräche mit angeschlossenen Ärzt:innen, die je nachdem in formellen oder informellen Settings geführt werden können (siehe dazu Subkategorie *F3 Nähe und Distanz*).

Die Expert:innen geben zudem Interviews in Fachzeitschriften, was die Bekanntmachung des Angebotes voranbringt.

Tabelle 5 zeigt bezüglich der Bekanntmachung des Angebotes links die Herausforderung, in der Mitte finden sich hinderliche und rechts förderliche Aspekte.

Tabelle 5

Bekanntmachung des Angebotes

Herausforderung	Hinderlich	Förderlich
Wie erfahren Hausärzt:innen von dem Angebot?	Mangelnde Vernetzung	Durch Bedarfsabklärung der Sozialarbeitenden – interessierte Praxen auf dem Laufenden halten (Projekt D) Von Sozialarbeitenden an Workshop / gemeinsamer Sitzung in der Praxis (Projekt C) Vernetzung der Hausärzt:innen untereinander – sie erfahren es von ihren Berufskolleg:innen – Sensibilisierungsprozess in einer ganzen Region ¹ Fachzeitschriften (Projekt A)
Wie wird das Angebot innerhalb der Praxis bekannt gemacht?	Wenig Präsenzzeit der Sozialarbeitenden in der Praxis Zeitmangel der Ärzt:innen Mangelndes Verständnis für soziale Problemlagen	Persönliche Kontakte in formellen oder informellen Settings Kommunikation von Fallbeispielen an die angeschlossenen Ärzt:innen – Sensibilisierungsprozess innerhalb der Praxis
Wie wird das Angebot bei weiteren Praxen bekannt?	Mangelnde Vernetzung	Vernetzung: Hausärzt:innen untereinander (Subkategorie E7) Fachzeitschriften

Die Aussagen der Expert:innen fügen sich gut ein in die in Kapitel 2.3 vorgestellten *Netzwerktheorien*. Die Hausärzt:innen mit einem ausgeprägten sozialen Verständnis fungieren als Innovator:innen. Die von Expertin D als «Superspreader» bezeichneten Hausärzt:innen können demnach den frühen Übernehmer:innen zugeordnet werden. Diese erzählen beispielsweise an Kongressen ihren Kolleg:innen von dem Angebot und der damit verbundenen Entlastung als Benefit. Multiplikator:innen verbreiten sie damit die Angebote in der Gruppe, welche die Diffusionstheorie als «frühe Mehrheit» bezeichnet.

Projekt D ist nicht beschränkt auf einzelne Praxen. Die Anzahl der Zuweisungen übersteigt die Kapazität von Projekt D: dies impliziert, dass es bisher nicht genügend Angebote Sozialer Arbeit in und für Hausarztpraxen gibt, um alle Hausarztpraxen abdecken zu können. Man könnte das als institutionelle Beschränkung der Adaptionrate bezeichnen. Es kann angenommen werden, das Potenzial besteht für

¹ Weitere Möglichkeiten werden in der Kategorie E) *Vernetzung* ausgeführt.

die Weiterverbreitung Sozialer Arbeit in und für Hausarztpraxen, wenn bestehende Angebote ausgebaut und / oder neue Angebote geschaffen werden.

C3 Orientierung im Einführungsprozess

Von Interesse ist, woran die Sozialarbeitenden sich bei der Gestaltung des Einführungsprozesses orientieren. Ein Experte war nicht direkt am Einführungsprozess beteiligt, z.B. der Organisation von finanziellen Mitteln, der Räumlichkeiten etc. Alle anderen gaben an, sich nicht an einem bestimmten Modell orientiert zu haben beim Einführungsprozess.

Learning by doing, try and error. Einfach mal machen. Da hatten wir wirklich gar kein Modell, das uns daran stützen konnte. (Expertin C)

Nein, wir sind einfach zusammengehockt und haben mit der Brainstorming-Methode geschaut, was bräuchte es..?. (.) Welche Form der Zusammenarbeit bräuchte es. (Expertin A)

Expertin C entwickelt im Interview einen detaillierten Katalog von konkreten Punkten, die bei der Einführung geklärt werden müssen:

Wir müssen gemeinsam einen Nenner finden. Das sind zwei verschiedene Professionen, Medizin und Sozialarbeit, oder MPA, Physio oder Psychologie. Wir müssen gemeinsam einen Nenner finden. Wir müssen uns kennenlernen. Wir müssen zusammen abgleichen, wie wir zusammen arbeiten wollen. Das ist ganz wichtig, so einen Prozess zu machen. Das kann ein Workshop sein, das kann eine Stunde Teamsitzung sein. Da müssen Dinge geklärt werden, wie eine Rolle. Welche Rolle soll Sozialarbeit in dieser Praxis? (.) Und es kann sein, dass die Praxis sagt, (.) «Ja, berate uns als Team, macht bitte Case Management, macht Einzelfälle.., ich weiss doch nicht.» Also das muss man klären, was sie sich auch vorstellen können. Das. Dann, die Gärtchen abstecken (..) Dann ganz einfache technische Dinge. Wie soll Sozialarbeit, wie darf sie in dieser Praxis integriert werden? Bekommt sie einen eigenen Account? Habe ich Zugriff auf die KG? Ja, nein, habe ich ein Fach? Habe ich eine Mail? Wie kommuniziere ich mit den MPAs? Wie wird meine Agenda verwaltet? Wie kommen die Patienten zum Termin? Also weisst du, das sind tausende von Fragen, die musst du alle klären. (.) Dann natürlich, den Ärzten erzählen, was dein Pflichtenheft ist. (.) Sie müssen dich kennenlernen. (.) Zum Beispiel Ärzte aus Deutschland haben nicht die gleichen Begrifflichkeiten (.) zum Sozialversicherungssystem hier. (..) Sie müssen verstehen, wann Patienten in die Sozialberatung kommen dürfen. (Expertin C)

Expertin C spricht verschiedene Punkte an, die zu klären sind. Zu klären ist die Rolle der Sozialen Arbeit in der Praxis, die Zuständigkeiten und die Aufgaben. Es sind technische Details zu klären, die im Berufsalltag wichtig sind wie eine Mailadresse, ein Fach, der Zugriff auf die Krankengeschichte (KG). Die Kom-

munikationswege zwischen den Berufsgruppen sind zu klären, die Regelung der Zuweisungen. Es erfolgt eine erste Bekanntmachung des Pflichtenheftes der Sozialarbeit bei den zuweisenden Ärztinnen und Ärzten (näheres dazu ist in Subkategorie *C2 Bekanntmachung des Angebotes* aufgeführt).

An dieser Stelle verweist die Autorin darauf, dass es zwar eine Checkliste zur Einführung Sozialer Arbeit in die Hausarztpraxis gibt, diese jedoch zu diesem Zeitpunkt noch nicht bestand. Diese Checkliste wurde von Rüegg (2021) erstellt im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung dieser Projekte. Die Checkliste ist in Anhang 2 ersichtlich.

Tabelle 6 bietet einen Überblick über förderliche (rechts) und hinderliche (mittig) Einflussfaktoren auf den Einführungsprozess.

Tabelle 6

Orientierung im Einführungsprozess

Herausforderung	Hinderlich	Förderlich
Ein neues Angebot auf die Beine stellen: woran orientieren sich die Fachpersonen? Wird die Zusammenarbeit vertraglich geregelt und eher eng gestaltet, ist zwischen Praxis und Sozialarbeitenden mehr gemeinsame Zeit notwendig, Vertragsbedingungen und Einzelheiten zu vereinbaren als bei externer Sozialberatung Auch die Gründung eines gemeinnützigen Vereins (externe Sozialberatung) ist sehr zeitintensiv und mit vielen offenen Fragen verbunden, wie beispielsweise (Personal-)rechtliche Fragen, Infrastruktur, Informatik, Abläufe, Formulare usw. Siehe dazu Subkategorie E1.	Es gab keine / kaum Referenzangebote Zeitliche Engpässe der Beteiligten	Prozessgestaltung: Learning by doing Gemeinsame Sitzungen oder Workshops Dokumente, Checklisten, Forschungsberichte z.B. von Rüegg 2021 mit konkreten Hinweisen Austausch von Know-How in Vernetzungsgefässen wie z.B. von SAGES Nun existieren Referenzangebote, auf die verwiesen werden kann. Diese bieten Inspiration und Orientierung. Administrative Unterstützung / Teamkolleg:innen Parteien, die gewillt & mutig sind, etwas auszuprobieren. Sozialarbeitende, die über genügend zeitliche und finanzielle Ressourcen verfügen, um während Einführungsphase ohne Lohn viel arbeiten zu können

D) Institutionelle Rahmenbedingungen

Die Darstellung der institutionellen Rahmenbedingungen bezieht sich auf den Zustand der Projekte in der Umsetzungsphase. Es wurden die Subkategorien *D1 Organisationale Strukturierung der Projekte*, *D2 Finanzierung* sowie *D3 Forschungsbedarf bezüglich Finanzierung* gebildet.

D1 Organisationale Strukturierung der Projekte

Die Projekte sind unterschiedlich strukturiert. Sowohl was die Anstellungsverhältnisse als auch die Form der Zusammenarbeit mit den Arztpraxen angeht.

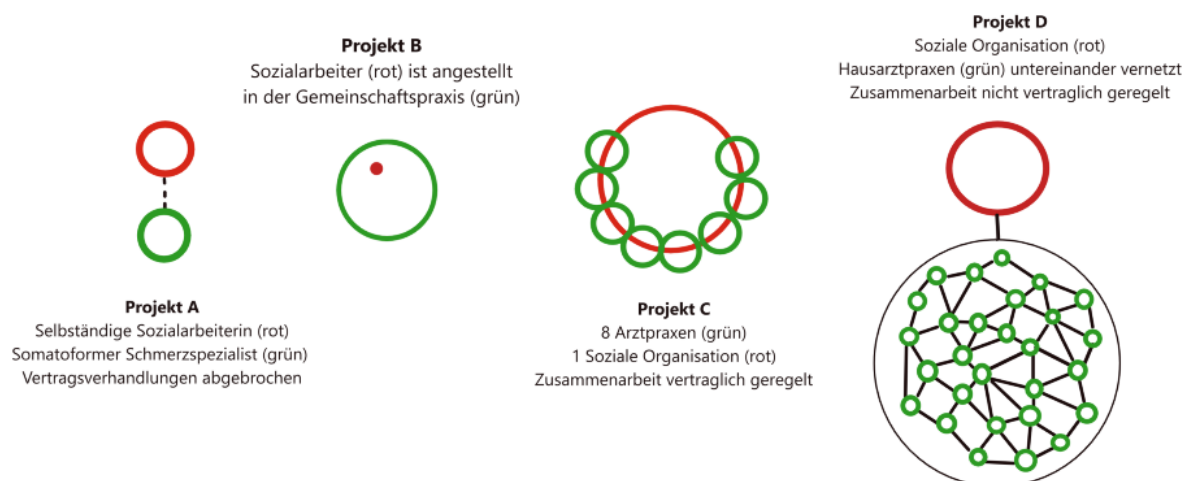
Die Anstellungsverhältnisse der interviewten Expert:innen zeigen eine beträchtliche Variationsbreite:

- Expertin A ist selbständig erwerbend. Die Zusammenarbeit mit dem Arzt konnte während der Einführungsphase nicht systematisiert werden. Mittels Querfinanzierungen durch die IV oder das Sozialamt übernimmt A teilweise Patient:innen des Arztes.
- Experte B ist in der Gemeinschaftspraxis vertraglich angestellt.
- Expertin C ist bei einer grösseren, externen Organisation angestellt. Die Zusammenarbeit mit den Arztpraxen ist vertraglich geregelt.
- Expertin D ist bei dem Verein angestellt, den sie selber gegründet hat. Zwischen dem Verein und den Praxen bestehen keine Verträge.

Mit Blick auf die Schaffung institutioneller Rahmenbedingungen unterscheiden Rüegg et al. (2022, S. 31-32) integrierte (Projekt B), ambulante (Projekt C) und externe (Projekte A und D) Sozialberatung. Abbildung 5 schematisiert das Verhältnis zwischen Sozialberatung und ärztlichen Praxen der vier in dieser Arbeit analysierten Projekte.

Abbildung 5

Organisationsformen Sozialer Arbeit in und für Hausarztpraxen



Anmerkung. Organisationsformen der Projekte (eigene Darstellung basierend auf Analyseergebnissen).

Die Verknüpfung der Mikro- und Makroebene erzeugt gemäss Granovetter (1973, S. 1378) Paradoxien: Schwache Bindungen, die häufig als Ursache von Entfremdung angeprangert werden, werden hier als unverzichtbar für die Chancen der Einzelnen und deren Integration in die Gemeinschaft angesehen.

Starke Bindungen hingegen, die den lokalen Zusammenhalt fördern, führen zu einer allgemeinen Fragmentierung (Granovetter, 1973, S. 1378). Die Gegenüberstellung der Projekte B und D veranschaulicht dies: Projekt B weist mehr starke Bindungen auf, die Sozialberatung ist ein fixer Bestandteil des Praxisteam, die Zusammenarbeit ist eng und nimmt viel Zeit in Anspruch, die nicht für andere Praxen aufgewendet werden kann. Das führt dazu, dass Projekt B fragmentierter ist als beispielsweise Projekt D, das breiter vernetzt ist und mit mehr Praxen zusammenarbeitet. Somit ist es eingebettet in eine ganze Region. An dieser Stelle muss angemerkt werden, dass Projekt D in einer städtischen Region angesiedelt ist und Projekt B in einer ländlichen. Eine Mischform ist Projekt C, bei welchem Verträge die Zusammenarbeit für mehrere Stunden pro Woche mit acht Arztpraxen fix regeln, also die Zusammenarbeit enger werden lassen. Da jedoch die Sozialarbeiterin zwischen den Praxen pendelt, ist es breiter vernetzt als Projekt B, jedoch fragmentierter als Projekt D, was in Abbildung 5 ersichtlich ist. Das bringt unterschiedliche Nähe- und Distanzverhältnisse mit sich (siehe Subkategorie *F3 Nähe und Distanz*).

D2 Finanzierung

Die Finanzierung entscheidet darüber, ob ein Projekt zustande kommt oder nicht. Da Sozialarbeit in und für Hausarztpraxen nicht von der öffentlichen Hand bezahlt oder bei der Krankenkasse abgerechnet werden kann, müssen alternative Finanzierungsmöglichkeiten gefunden werden. Tabelle 7 gibt einen kurzen Überblick über die unterschiedlichen Finanzierungsmodelle.

Tabelle 7

Überblick über die Finanzierung der Projekte

Projekt	Anstellungsverhältnis	Finanzierung
Projekt A	Selbständig erwerbend	Querfinanzierung
Projekt B	Angestellt in Gemeinschaftspraxis	Lohn vom Praxisgewinn Zeitweise Defizitgarantie durch Gemeinde
Projekt C	Angestellt bei grösserer gemeinnütziger Organisation	Stiftungsgelder für das Projekt fliessen in die Organisation, von der sie ihren Lohn erhält. Vier Praxen, die während des Projektverlaufs hinzugekommen sind, kaufen die Dienstleistung von ihrem Praxisgewinn ein
Projekt D	Angestellt in einem von ihr gegründeten gemeinnützigen Verein	Stiftungsgelder sowie Zuschuss vom Dachverband der Ärzt:innen fliessen in die Organisation, von der sie und ihr Buchhalter Lohn erhalten

Projekt A: Die Institutionalisierung der Zusammenarbeit mit dem Arzt scheiterte letztlich am hohen administrativen Aufwand, den eine nachhaltige Finanzierung mit sich bringt.

Ich hatte eine Idee, ich hatte einen Stiftungsantrag (..) vorgeschrieben. (..) Ich hatte einen Mandatsvertrag vorgeschrieben. Wir hatten auch Ideen, wie wir uns auf die Suche machen für Querfinanzierung. Also er wollte einerseits über die Kirche und andererseits über den Ärzteverband, dem er angeschlossen ist, er wollte (....) Werbung machen, um mitzuzahlen. (..) Meine Idee war noch, (..) Gemeindewesenkassen und ich glaube vor allem auch seit Corona, dass diese solche Projekte mit unterstützen. Also eigentlich auf die Gemeinde zugehen, auf die Stadt zugehen. (..) Das hätte allerdings alles sehr viele Ressourcen gebraucht. (..) Und ich arbeite noch im Kinderschutz. Ich arbeite noch an einer Therapiestation als Gruppentherapeutin und habe eben tatsächlich ein, zwei Fälle, wo man im Einzelfall über die IV oder das Sozialamt eine Querfinanzierung hinbekommen hat. (..) Aber so die übergeordnete Finanzierung habe ich bis jetzt nicht hinbekommen. (..) (Person A)

Für Anträge auf Querfinanzierung (in diesem Beispiel bei der IV) empfiehlt A konkret:

Also ich bespreche das meistens telefonisch zuerst, (..) was sie brauchen würden. Und je nachdem, in welcher Abteilung auch von der IV das ein Fall ist, ob es jemand in der Wiedereingliederung ist, ob es jemand in der Frühintervention ist, haben mir dann die zuständigen Sozialarbeitenden gesagt, ja im Rahmen von einer (..) Frühintervention, zum Beispiel das Achtsamkeitscoaching, können wir das Budget sprechen. (..) Und dann hat man einfach gesagt, was müsste drinstehen. (..) Und dementsprechend hat man das formuliert. (..) (Expertin A)

Da es sich um Einzelfälle handelt, werden die Anträge individuell gestellt. Finanzierungsmöglichkeiten von Sozialversicherungen oder Ämtern unterliegen jedoch häufig einer bürokratischen Logik und orientieren sich nicht immer primär am Bedarf der Klient:innen, wie folgende Aussage von Expertin A zeigt:

Über den Schmerzarzt (..) habe ich noch die Kostengutsprache von der IV bis Ende Mai. (..) Da bin ich jetzt gerade am Klären mit der IV, wie es nachher weitergeht, ob sie überhaupt weitergehen kann. (...) Wenn sie nicht mehr, wenn sie von der Abteilung frühe Intervention in die Rentenprüfung kommt, dass es dann keine Finanzierung mehr gibt. (..) Für sie. (..) Was denkbar blöd wäre, weil dann würde sie (..) im Alltag selber wieder sehr in ein Loch fallen oder allein dastehen. Dann müsste sie einfach zwei Jahre zuwarten. Keine Ahnung. Auf jeden Fall, auch da ist wieder offen, ähm, wie geht es weiter (Expertin A)

Das ist der grosse Nachteil an Querfinanzierungen: Die Entscheidung darüber, ob eine Beratung oder Begleitung erfolgen kann, liegt nicht bei den Patient:innen oder den Sozialarbeitenden, die diese erbringen würden.

Es wird ersichtlich, dass das Einholen von Stiftungsgeldern mit einem erheblichen administrativen Aufwand verbunden ist. Um diesen zu bewältigen, hat Expertin C Unterstützung von ihrem Vorgesetzten.

Expertin C sagt zum Thema Finanzierung:

Die Hürde ist Geld einholen. (.) Das ist die grosse Hürde. (Expertin C)

Gemeinsam schreiben die beiden Anträge an Stiftungen, die für die Finanzierung der Angebote in Frage kommen. Die eingeworbenen Stiftungsmittel werden an die Organisation ausbezahlt, bei der beide angestellt sind. Die Mittel müssen jeweils jährlich neu beantragt werden. Da das Angebot gut läuft, sind im Verlauf der Projektdauer selbstzahlende Praxen hinzugekommen.

Es hat sogar so gut geklappt, dass die Hälfte unserer Praxen selbst bezahlt. Sie nehmen das Geld in die Hand und bezahlen die Sozialberatung, weil der Bedarf so gross ist. Und die Entlastung auch für sie. (Expertin C)

Für Projekt D gründete die Expertin eigens einen gemeinnützigen Verein, um das Einwerben von Stiftungsgeldern zu begünstigen:

Wir haben ja auch Steuerbefreiung gegenüber der Stiftung, das ist ein wichtiger Faktor, dass wir Projekthilfe gesuche stellen können. Nicht alle verlangen es, aber sehr viele, dass wir gemeinnützig und steuerbefreit sind, und das würde schon ausschliessen, dass wir die Selbstzahlerinnen auch nehmen, oder respektive, dass jemand selbst das zahlen kann, obwohl sie es können, oder er (.), weil wir dürfen nicht gegen Geld, unsere Dienstleistung, also quasi, dass der, der die Dienstleistung bezieht, nachher auch etwas zahlt. Die Ärztepraxen dürfen spenden, das ist klar, da sind wir nicht dagegen, aber dann ist es eine Spende an eine gemeinnützige Organisation und nicht an unsere Dienstleistungen. (.) Das ist mir wichtig, das zu betonen, weil das ist einfach so, steuerrechtlich ist das die Bedingung, über die wir funktionieren. (...) (Expertin D)

Zu den Stiftungsgeldern, die Expertin D eingeworben hat, ist während des Projektverlaufs ein Beitrag des Dachverbandes der Ärzteschaft aus der Region hinzugekommen. Dieser hat sich aufgrund der Vernetzung einer ihr bekannten Ärztin telefonisch bei ihr gemeldet (siehe dazu die Kategorie *E Vernetzung*). Das Ärztenetzwerk überweist seinen Beitrag jeweils Anfangs Jahr, was das Projekt entlastet, da die Stiftungsgelder jeweils erst später eintreffen. Den Beitrag des Ärztenetzwerks erhält D u.a., weil alle Arztpraxen der Region von ihren Dienstleistungen profitieren können, ohne diese direkt bezahlen zu müssen.

Wiederum anders wird Projekt B finanziert. In der ländlich geprägten Gemeinde erreichten die beiden einzigen Hausärzte fast gleichzeitig das Pensionsalter. Daher wandelte der Experte B bekannte Hausarzt seine Praxis in eine Gemeinschaftspraxis um, in der er auch noch andere Berufsgruppen, u.a. Sozialarbeit, integriert hat. Da die Gemeinde verantwortlich ist für die medizinische Grundversorgung, konnte der Hausarzt bei der Gemeinde erreichen, dass sie während drei Jahren eine Defizitgarantie übernommen haben. Darin enthalten war auch die Sozialberatung von Experte B. Das bedeutet, die Beratungstunden von Experte B wurden während den ersten drei Jahren von der Gemeinde finanziert. Seit Ablauf dieser drei Jahre kommt die Praxis von ihrem Gewinn für den Lohn von Experte B auf.

Mit Blick auf die von den Expert:innen genannten Finanzierungsmöglichkeiten schematisiert Tabelle 8 hinderliche und förderliche Faktoren.

Tabelle 8

Finanzierung

Herausforderung	Hinderlich	Förderlich
Finanzielle Mittel auftreiben	Soziale Arbeit kann, Stand heute, weder bei der Krankenkasse noch bei der öffentlichen Hand abgerechnet werden	Vernetzung Weitere Finanzierungsmöglichkeiten kennen Kreativität
Stiftungsanträge schreiben	Zeitlicher Aufwand, Anträge müssen periodisch neu gestellt werden. Prekäre Finanzierungsbasis, es ist nie sicher, ob das Projekt im nächsten Jahr finanziert wird	Sich gut über den Stiftungszweck informieren, Antrag entsprechend formulieren Gemeinnützige Rechtsform Administrative Unterstützung
Querfinanzierung: Anträge an IV, Sozialamt, RAV oder Taggeldversicherungen	Nur begrenzte Finanzierung von Einzelfällen, die teilweise nicht bewilligt wird oder abläuft, obschon Patient:in Bedarf aufweisen würde	Sich telefonisch bei zuständigen Sozialarbeitenden / Sachbearbeitenden der jeweiligen Versicherungen oder Ämter informieren, worauf Wert gelegt wird, welche Informationen sie benötigen und Antrag entsprechend formulieren. Weniger zeitintensiv als Stiftungsanträge
Beitrag von einem Dachverband der Ärzt:innen der Region	Es wurde von keinen hinderlichen Faktoren berichtet. Ev. wenn das Angebot nur für wenige Praxen nutzbar ist	Gute Vernetzung der Sozialarbeitenden Angebot nutzbar für die ganze Region

Herausforderung	Hinderlich	Förderlich
Selbstzahlende Patient:innen	Häufig sind es gerade die Patient:innen, die Hilfe benötigen, die sie nicht aus eigener Tasche finanzieren können. Gemeinnützige Organisationen dürfen i.d.R. ihre Dienstleistungen nicht kostenpflichtig anbieten (Also dass die Leistungsempfänger:innen diese Dienstleistung selbst bezahlen)	Es wurde von keinen selbstzahlenden Patient:innen berichtet. Die Anträge auf Querfinanzierung würden jedoch wegfallen
Finanzierung durch selbstzahlende Arztpraxen als Voraussetzung, das Angebot zu nutzen	Es erhöht die Schwelle, das Angebot zu nutzen	Sozialarbeit kann so in die Praxis geholt werden, was die Qualität der Behandlung erhöht und die Ärzteschaft entlastet Dadurch, dass ein fixer Stundensatz eingekauft wird, werden die Zuweisungen weniger abgewiesen aufgrund von Überlastung der Sozialen Arbeit
Spenden von Arztpraxen, Dachverbänden, Privatpersonen	Sie sind freiwillig und sichern nicht alleine das Bestehen eines Angebotes	Freiwillige, für Spender:innen steuerlich absetzbare Spende, um auszudrücken, dass das Angebot sinnvoll ist (und genutzt wird) Dachverbände könnten auch angefragt werden Vernetzung ist förderlich
Gemeinden	Meist lehnte die öffentliche Hand bislang Anträge auf Kostenübernahme ab, u.a. auch durch die Sorge begründet, Präzedenzfälle für weitere Begehrlichkeiten zu schaffen	Weil die medizinische Grundversorgung in der kleinen Region gefährdet war, finanzierte die Gemeinde ausnahmsweise vorübergehend Projekt B Vernetzung zwischen Hausarzt und Gemeindeversammlung

Um künftig ein besseres Argumentarium für Finanzierungsmöglichkeiten zu haben, soll herausgefunden werden, inwiefern Soziale Arbeit in und für Hausarztpraxen zu Kostensenkungen führt.

D3 Forschungsbedarf bezüglich Finanzierung

Ob die Soziale Arbeit in und für Hausarztpraxen über die Entlastung für Patient:innen und die Ärzteschaft hinaus auch finanziell auf lange Sicht zu Einsparungen führt, ist derzeit eine offene Frage. Expertin C stellt dazu folgende Überlegungen an:

Der Aspekt, dass sie sich nicht darum kümmern können, weil es nicht ihr Gebiet ist, ist schon mal der Benefit für die Patienten. Denn sie werden ganzheitlich umsorgt. Der Arzt gewinnt damit, weil sein Patient zufriedener ist. Weil er rundum versorgt wird und nicht noch zu dieser oder

jener Stelle muss. Das ist der grosse Benefit. Und ein zweiter Arzt kann in der Zeit, in der sein kranker Patient mit seinen sozialen Problemen bearbeitet wird, den zahlenden Patienten nehmen und dann beraten. (...) Der wirtschaftliche Aspekt ist je nach Praxis leider sehr dominant. (.) Es ist ganz wichtig, so früh wie möglich ein Labor machen, Medikamente rausgeben. Das ist ein Hindernis für uns. (.) Wir konnten das statistisch noch nicht belegen. (Expertin C)

Auch die anderen Expert:innen sprechen von dem Forschungsbedarf, der bezüglich Sozialer Arbeit in und für Hausarztpraxen besteht, insbesondere im Hinblick auf die Kosten. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt sind sich die Expert:innen einig, dass die Soziale Arbeit in oder für Hausarztpraxen sowohl für die Patient:innen als auch die Ärzteschaft eine Entlastung bringt. Ob auch das Budget der Arztpraxen oder der Krankenkassen dadurch entlastet wird, ist unklar. Einerseits kosten manche Angebote die Arztpraxen etwas (bei den in dieser Arbeit untersuchten Fällen das Angebot von Projekt B sowie die Hälfte der Angebote von Projekt C). Andererseits können in der Zeit, in der Patient:innen sozial unterstützt werden, von Ärzt:innen verrechenbare medizinische Leistungen an anderen Patient:innen erbracht werden. Weiter besteht die Möglichkeit, dass dank eines Case Managements durch Sozialarbeitende das Gesundheitssystem weniger beansprucht wird. Siehe dazu Kapitel 3.4, *Potenzial Sozialer Arbeit in der Arztpraxis*.

An der Berner Fachhochschule bfh besteht schon seit längerem ein Forschungsschwerpunkt, mit dem die oben genannten Forschungslücken geschlossen werden sollen. Es handelt sich um die Forschung von Rüegg zu Sozialer Arbeit in der Arztpraxis. Die aus dem Forschungsprojekt *Soziale Arbeit in der Arztpraxis* entstandene Literatur (Rüegg, 2021; Rüegg et al., 2022) findet in vorliegender Arbeit Verwendung. In einem Anschlussprojekt an diese Arbeit soll die ökonomische Wirkung Sozialer Arbeit in der Arztpraxis mittels Analyse von Krankenkassendaten quantitativ untersucht werden. Der Antrag zur Finanzierung dieses Vorhabens ist derzeit noch hängig (R. Rüegg, persönliche Kommunikation, 10.10.2024).

Die meisten Expert:innen erwähnten von sich aus, dass eigentlich die öffentliche Hand für die Finanzierung der Angebote aufkommen sollte. Sollte dies tatsächlich gelingen, so geht die Autorin davon aus, dass dies ein wesentlicher Push-Faktor für weitere solche Projekte wäre.

Auch bezüglich der Begegnung auf Augenhöhe, also dem emanzipatorischen Diskursstrang über interprofessionelle Zusammenarbeit wäre es dienlich, wenn nicht eine Profession der anderen finanziell untergeordnet wäre.

E) Vernetzung

Um Projekte einzuführen und aufrechtzuerhalten sind Sozialarbeitende angewiesen auf Partner:innen, ein Team (*Subkategorie E1*). Sie profitieren von Wissen und Unterlagen von anderen Sozialarbeitenden

oder anderen Fachpersonen (*Subkategorie E2 Sozialarbeitende vernetzen sich untereinander*). Dazu werden *Vernetzungsgefässe* (*Subkategorie E6*) genutzt. Für die Finanzierung ist die *Vernetzung mit geldgebenden Institutionen* (*Subkategorie E4*) zentral. Weiter werden die Projekte wissenschaftlich begleitet und sind dazu *vernetzt mit Fachhochschulen* (*Subkategorie E3*). Für den Aufbau der Angebote sind *bestehende berufliche oder private Kontakte* (*Subkategorie E5*) eine wertvolle Ressource. Für die Bekanntmachung der Angebote und somit die Sensibilisierung der Hausärzteschaft ist die *Vernetzung der Hausärzteschaft untereinander* (*Subkategorie E7*) sehr wichtig. Auch *Fachliteratur* (*Subkategorie E8*) trägt zur Bekanntmachung der Angebote bei. Gut vernetzte Organisationen können auch *ausserordentliche Hindernisse* wie z.B. die Corona-Pandemie (*Subkategorie E9*) besser bewältigen.

E1 Sozialarbeitende und ihr Team

Bis tatsächlich Patient:innen beraten werden können, ist es ein langer Weg. Insbesondere das Akquirieren von Stiftungsgeldern ist sehr aufwändig. Expertin D hat dies ohne Unterstützung gemacht. Auch den gemeinnützigen Verein hat sie selbst gegründet, und sie war die erste in der Region, die ein solches Projekt realisierte. Bei dem von ihr gegründeten Verein ist sie angestellt sowie ihr «Buchhalter», der ein Pensum von 10 % hat.

Der Buchhalter ist übrigens mehr so ein bisschen alles, was ich nicht mache, (.) im Sinne von auch IT-Support und Administration, (..) Buchhaltung natürlich. (...) du musst dir das Arbeitsrecht aneignen, du musst dich informieren, (.) mein Buchhalter ist nicht von Haus aus Buchhalter, er hat einfach eine administrative Ausbildung gemacht, und er musste irrsinnig viel lernen in Sachen PK berechnen, AHV berechnen, Sozialversicherungsrechte als Arbeitgeber, und das hat er gemacht, auch dort ist das Commitment für dieses Projekt da, es ist ein Herzprojekt. (Expertin D)

Expertin C, die bei einer grösseren gemeinnützigen Organisation angestellt ist, bildet in erster Linie ein Team mit ihrem Chef, mit dem sie intensiv im Austausch steht. Budget-Fragen sowie Stiftungsanträge bearbeiten sie gemeinsam. Weiter gibt es in dem Team administrative Unterstützung sowie eine Buchhalterin, die den ganzen «Overhead» macht. Ohne diese, so C, würde es nicht gehen. Laut C kommt bald noch eine weitere Sozialarbeiterin hinzu, die zwei weitere Arztpraxen übernehmen wird.

Wie in *Subkategorie B1 Merkmale Sozialarbeitende* bereits ausgeführt, war Expertin A ohne Unterstützung eines Teams alleine mit dem ganzen Aufwand. Danach gefragt, was sie anders machen würde, wenn sie auf den Einführungsprozess zurückblickt, sagt A:

Ja, und besser vernetzen. Ich habe (.) oft alleine gefühlt. (..)Mir hat ein Partner, (.) eine Partnerin an meiner Seite, die sich auch hier in der Region für das einsetzen möchte, hat mir gefehlt. (..)

Ein Denk- und Spinning-Partner dlesbezüglich. (..) Und hätte ich das, würde ich es jetzt sogar noch einmal aufgreifen. (..) Von der Idee her bin ich immer noch dafür. (Expertin A)

Ja, ein Sparring-Partner und oder auch eben jemanden, der unterstützt im administrativen Bereich. Ich habe all diese Konzepte und diese Anträge und (..) Mandatsverträge, also Research dazu und Schreiben und Umändern und Kopieren. Das habe ich ja wie alles selber gemacht. (..) Wenn ich da jemanden hätte, im Hintergrund, der mich unterstützen würde, dann würde ich auch wieder mehr, oder dann würde ich mehr nach draussen gehen. Und wirklich (..) auf Ärzte zugehen. Ich denke, das ist meine Stärke. (Expertin A)

Das Team von Experte B besteht aus den anderen Angestellten der Praxis: Ärzt:innen, MPA, weitere medizinische Fachpersonen sowie administratives Personal (24 Personen insgesamt).

E2 Sozialarbeitende vernetzen sich untereinander

Eine weitere Form der Vernetzung ist diejenige der Sozialarbeitenden untereinander. Hier spielt der Fachverband SAGES eine zentrale Rolle. Die meisten interviewten Expert:innen waren bei dessen Gründung dabei, da sie damals die einzigen waren, die Soziale Arbeit in oder für Hausarztpraxen anbieten wollten und teilweise bereits dabei waren, entsprechende Projekte aufzugleisen. Alle Expert:innen sind Mitglieder des Fachverbandes, kennen sich persönlich und sind teilweise auch ausserhalb der Veranstaltungen von SAGES im Austausch.

E3 Vernetzung mit Fachhochschulen

Die Projekte werden wissenschaftlich durch die Berner Fachhochschule begleitet. In diesem Rahmen wird Literatur erarbeitet, diese findet u.a. in vorliegender Masterarbeit Verwendung.

Expertin A spricht über die Vorteile, die eine Zusammenarbeit mit einer Fachhochschule haben könnte, hier bezogen auf die Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW, die sich u.a. aufgrund der räumlichen Nähe für sie anbieten würde:

Auch wegen der ganzen Vernetzungsarbeit, (..) wegen dem, damit du ernst genommen wirst, damit du gehört wirst. (..) Und mit einem Logo, das jetzt schon bekannt ist. (..) Dann wirst du ernst genommen. (...) Und im besten Fall wird die ganze freiwillige Arbeit zu einem kleinen Minimallohn sogar noch entlohnt. (..) Das wäre ideal. (..) Also, (...) die Ärztefachverbände und das ZHAW wären mein nächster Schritt, (..) wenn ich noch mehr Ressourcen erübrigen könnte für dieses Projekt. (Expertin A)

E4 Vernetzung mit geldgebenden Institutionen

Expertin D kennt eine Ärztin aus ihrem beruflichen Umfeld persönlich. Diese Ärztin stellte eine Verbindung zum Dachverband der Ärzt:innen der Region her, in der D tätig ist. Aufgrund dessen und weil das

Projekt die Ärzt:innen der Region massiv entlastet und für sie kostenlos zugänglich ist, hat der Dachverband D angeboten, ihr jeweils jährlich einen Betrag zu überweisen. Weiter wurde D angefragt, eine Guideline zu entwickeln zuhanden der Ärzt:innen der Region, die den professionellen Umgang mit sozialen Themen darlegen. Derzeit ist D daran, eine solche Guideline zu erstellen.

Expertinnen C und D sind mit Stiftungen vernetzt.

Im Fall von Projekt B hat dank der Vernetzung des zuweisenden Hausarztes in der Standortgemeinde seiner Praxis diese Gemeinde eine befristete Defizitgarantie zugesichert.

E5 Bestehende berufliche oder private Kontakte

Experte B kannte den Hausarzt, in dessen Gemeinschaftspraxis er nun angestellt ist, bereits seit langer Zeit aus seinem privaten Umfeld. Er wusste, dass der Hausarzt seine Praxis neu strukturiert und hat ihn im Zuge dessen für die Idee, Soziale Arbeit in der Hausarztpraxis anzubieten, sensibilisiert.

Es wurde weiter von bestehenden beruflichen Kontakten berichtet. Der Kontakt zwischen Expertin D und dem Fachverband SAGES erfolgte beispielsweise durch einen bestehenden beruflichen Kontakt von Expertin D. Der Dachverband der Ärzt:innen ist aufgrund einer ihr bekannten Ärztin auf D zugekommen, die sich beim Dachverband für sie eingesetzt hat. Auch Expertin C berichtet, dass sie die Kontakte zu den Arztpraxen, mit denen sie nun zusammenarbeitet, teilweise durch bestehende berufliche Kontakte knüpfen konnte.

E6 Vernetzungsgefässe

Fachtagungen oder Workshops sind zentrale Plattformen, an denen sich Fachpersonen untereinander vernetzen, seien es Sozialarbeitende oder Ärzt:innen.

Expertin A beschreibt dies so:

Ich gehe an Fachtagungen, Weiterbildung oder Referate zu irgendeinem Thema. Meistens natürlich ausgeschrieben über das Gesundheitswesen. Dort dann entweder mit dem Sitznachbar oder beim Kaffee, so kommen dann die Kontakte. (Expertin A)

Ein regelmässiges Vernetzungsgefäss für Sozialarbeitende untereinander sind die von SAGES organisierten Onlinesitzungen zu (dem Aufbau von) Sozialer Arbeit in und für Hausarztpraxen.

E7 Vernetzung der Hausärzt:innen untereinander

Wie bereits in Kategorie C, *Prozessbezogene Faktoren* ausgeführt sind die Hausärzt:innen untereinander bestens vernetzt, wie etwa Expertin D bestätigt:

Das ist etwas, was mein Hausarzt gesagt hat. Es spricht sich herum an den Kongressen (.) die kennen sich, die Hausärzte untereinander, die haben viele gemeinsame Veranstaltungen.

...ich habe eher das Gefühl, wie kann ich mich wehren, dass ich nicht untergehe in der Flut der Zuweisungen... Es ist ja klar, jede Hausarztpraxis hat soziale Probleme, und jede Hausarztpraxis ist überfordert mit den sozialen Problemen, und das ist das, was wir anbieten, dass wir diese Überforderung reduzieren, und das strahlt aus. Und mir hat ein Hausarzt gesagt, wenn du mal angefangen hast und du merkst, was die machen, das wird nur so «häschiere», und ich dachte, ja gut, dann schauen wir mal, und es ist aber wirklich so. (Expertin D)

Auch bei Expertin C sind dank der starken Vernetzung der Hausärzt:innen im Verlauf der Zeit «von selber» mehr Praxen dazugekommen, ohne dass sie auf diese Praxen zugegangen ist:

Der Arzt A hat wohl gedacht, wenn der Arzt B das hat, macht das Sinn, ich probiere es aus. (.) Es sind ziemlich schnell Selbstzahlerpraxen dazugekommen. (.) Das hat sich jetzt bewährt. (....) Ich denke, die Ärzte haben den Bedarf sowieso erkannt, aber dann gesehen, dass es entlastend ist. (Expertin C)

E8 Fachliteratur

Wie bei der *Bekanntmachung der Angebote (Subkategorie C2)* spielt die Fachliteratur auch mit Blick auf die *Vernetzung (Kategorie E)* eine wichtige Rolle. Expertin C ist beispielsweise durch einen Artikel über ein bestehendes Angebot Sozialer Arbeit in der Arztpraxis auf die Idee gekommen, dies ebenfalls anzubieten. Sie hat sich danach mit dem Autor des Artikels in Verbindung gesetzt und sich mit ihm vernetzt. Dies führte auch dazu, dass sie dem neu gegründeten Fachverband SAGES beigetreten ist.

Später ist in einer anderen Fachzeitschrift ein Artikel über ihr Angebot erschienen. So wurde ein Arzt darauf aufmerksam und hat sich bei ihr gemeldet, da er ein solches Angebot auch für seine Praxis wollte. Da sie nicht für seine Region zuständig ist, hat sie ihn weiterverwiesen an Expertin A. So entstand der Kontakt zwischen Expertin A und dem zuweisenden Arzt.

E9 Ausserordentliches Hindernis

Die Corona-Pandemie stellte die Einführungsphase und Umsetzungsphase der hier untersuchten Projekte auf eine harte Probe. Experte B berichtet:

Ich glaube, (...) dass es dumm ist, so etwas aufzubauen, wenn eine Pandemie kommt. (..) Wir wussten damals noch nicht, dass es so kommt. Aber die ganze Pandemie hat immer noch Spuren hinterlassen, die wir immer noch bearbeiten. (.) Die ganze Einführungsphase hätte besser laufen können, wenn das mit Covid nicht gewesen wäre. Wir haben Ärzte und Personal verloren, die krank sind und immer noch nicht mehr arbeitsfähig sind. (.....) Plötzlich geht es um das Leben. Es geht um das Überleben der Praxis. (...) Dort haben die Leute andere Probleme. (..) Es ist viel zu viel Unruhe, um das Ganze sauber aufzugleisen. (Experte B)

Expertin D berichtet:

Das war Corona noch, das war ein super Timing, unser Aperio ist natürlich ins Wasser gefallen, mit den Hausärzten, die hat auch keiner hergebracht. (Expertin D)

Die Spuren, die die Pandemie hinterlassen hat, wirken sich je nach Rahmenbedingungen unterschiedlich stark aus. Die Praxis, in der Experte B angestellt ist, ist in einem eher ländlich geprägten Gebiet und der Fachkräftemangel ist dort noch deutlicher spürbar: Der Hausarzt musste seine Praxis aufgrund fehlender Nachfolge in eine Gemeinschaftspraxis umwandeln. Aufgrund der Corona-Pandemie ist noch mehr Personal weggefallen, was die Praxis hart getroffen hat. Das in einer städtischen Region angesiedelte Projekt D ist mit seiner institutionellen Offenheit hingegen für zahlreiche Praxen nutzbar und daher weniger abhängig von einzelnen zuweisenden Ärzt:innen oder Praxen, die z.B. aufgrund einer Pandemie ausfallen. Aufgrund der grossen Anzahl Zuweisungen musste Projekt D in der Umsetzungsphase sogar den Kreis der Zuweisenden verkleinern.

Bei Projekt C ist eine Praxis aufgrund der Corona Pandemie und wegen anderen, die Praxis betreffenden Gründen weggefallen.

Die Aussagen der interviewten Expert:innen legen nahe, dass ausserordentliche Ereignisse wie die Corona-Pandemie besser bewältigt werden können, wenn Projekte breiter vernetzt und somit breiter abgestützt sind. Denn ihre Abhängigkeiten sind auf mehr Personen und Institutionen verteilt, sodass besser verkraftet werden kann, wenn eine wegfällt. Gerade im ambulanten Bereich, in dem Soziale Arbeit nicht über die Krankenkasse abgerechnet werden kann und abhängig ist von geldgebenden Institutionen sowie zuweisenden Ärzt:innen, ist es vorteilhaft, mehrere finanzielle Quellen und mehrere zuweisende Ärzt:innen resp. mehrere zuweisende Praxen zu haben. In den Worten von Granovetter (1973, S. 1378) könnte von einem Risiko der Fragmentierung aufgrund (weniger) starker Bindungen gesprochen werden.

Im Folgenden wird in Tabelle 9 die Hauptkategorie Vernetzung dargelegt und zwar mittels der dazugehörigen Subkategorien in der linken Spalte, den dazugehörigen Nachteilen in der Mitte und den Vorteilen in der rechten Spalte.

Tabelle 9*Vernetzung*

Subkategorien Vernetzung	Nachteile	Vorteile
<i>Subkategorie E1 Sozialarbeitende und ihr Team</i>		Ergänzendes Wissen, Aufteilen von Aufgabenbereichen wie IT, gemeinsame Bewältigung hoher administrativer Aufwände, mentale Unterstützung
<i>Subkategorie E2 Sozialarbeitende vernetzen sich untereinander</i>	Es ist ein zeitlicher Aufwand	Austausch von Fach- und Erfahrungswissen sowie Dokumenten, mentale Unterstützung
<i>Subkategorie E3 Vernetzung mit geldgebenden Institutionen</i>	Der administrative Aufwand ist gross und nimmt viel Zeit in Anspruch, z.B. Stiftungsanträge	Finanzielle Mittel für Projekte können eingeholt werden
<i>Subkategorie E4 Vernetzung mit Fachhochschulen</i>	Es nimmt Zeit in Anspruch, je nach institutionellen Rahmenbedingungen unbezahlte Zeit, z.B. selbständig erwerbend	Das gewonnene Wissen bringt auch andere Projekte sowie die Soziale Arbeit im Gesundheitswesen im Allgemeinen voran
<i>Subkategorie E5 Bestehende berufliche oder private Kontakte</i>		Können genutzt werden, um Projekte zu starten oder voranzubringen
<i>Subkategorie E6 Vernetzung der Hausärzteschaft untereinander</i>		Hausärzt:innen sprechen über Angebote Sozialer Arbeit und machen es so bekannt. Sensibilisierungsprozess für soziale Themen geht voran. Angebote Sozialer Arbeit werden dadurch vermehrt genutzt, sofern institutionelle Rahmenbedingungen dies zulassen

Subkategorie	Nachteil	Vorteil
Subkategorie E7 <i>Vernetzungsgefässe</i>	Nehmen Zeit in Anspruch (die im Arbeitsalltag benötigt wird und/oder unbezahlt ist)	Können genutzt werden, um Wissen und andere Ressourcen auszutauschen
F Subkategorie E8 <i>Fachliteratur</i>		Macht bestehende Angebote bekannt, weckt allenfalls den Bedarf nach mehr solchen Angeboten, fördert die Vernetzung, sowie die Etablierung Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen
Subkategorie E9 <i>Ausserordentliches Hindernis: Corona-Pandemie</i>		Ausserordentliche Ereignisse können mittels breiterer Vernetzung tendenziell besser bewältigt werden

Der Begriff Vernetzung wird von der Autorin breit verwendet. Im Vordergrund steht dabei die Frage, welche Allianzen gebildet werden können, um die Idee, Soziale Arbeit in oder für Hausarztpraxen zugänglich zu machen, zu verwirklichen. Fachlich-disziplinär geht es darum, Soziale Arbeit und Medizin zu vernetzen. Dies können Sozialarbeitende nicht alleine. Um die dafür notwendigen Kontakte zu knüpfen sind schwache Bindungen im Sinne von Granovetter (1973; siehe dazu Kapitel 2.3) zentral, beispielsweise wenn es um die *Bekanntmachung ihrer Angebote (Subkategorie C2)* geht, da mit schwachen Bindungen mehr Menschen erreicht werden können (Granovetter, 1973, S. 1369). Dieser Effekt wird insbesondere bei der ambulanten (Projekt C) sowie externen Sozialberatung (Projekt D) deutlich: Es kamen / kommen „von selbst“, also aufgrund von schwachen Bindungen der Hausärzt:innen untereinander, immer mehr Praxen.

Der Informationsfluss ist auch in den Netzwerken von Sozialarbeitenden zentral und hilft dabei, individuelle Wissenslücken zu schliessen, indem auf Wissen und Unterstützung von anderen zurückgegriffen werden kann. Auf Seiten der Sozialarbeitenden sei hier auf den Fachverband SAGES verwiesen, der diesen Austausch befördert. Auch der informelle Austausch unter den Sozialarbeitenden, die sich (beruflich) kennen, ist wichtig sowie der Austausch an Fachtagungen für Sozialarbeitende.

Interessant wäre es, zu untersuchen, wie diese Netzwerke im Detail funktionieren, welche Informationen in welchen formellen und informellen Austauschgefässen fließen und welchen Nutzen dies hat. Beispielsweise wie die Hausärzt:innen auf das Angebot aufmerksam wurden. Die Autorin stellt sich vor, dass insbesondere der informelle Austausch an Kongressen der Ärzt:innen untereinander, beispielsweise in Pausen von Vorträgen, eine entscheidende Bedeutung haben könnte sowie Artikel in Fachzeitschriften. Es wäre interessant, zu erfahren, welche Informationskanäle sonst noch bestehen. Mit einer solchen Untersuchung könnte von dem Austausch auf der Mikroebene ein Bild gewonnen werden über

die Dynamik eines Netzwerks auf der Makroebene. Für die Netzwerke von Sozialarbeitenden gilt dasselbe. Auch hier ist von Interesse, wie «die Soziale Arbeit» sich untereinander austauscht, wie einerseits Wissenslücken geschlossen werden oder auch Versorgungslücken auffallen und wie diese geschlossen werden könnten. Beispielsweise bezogen auf die interinstitutionelle Zusammenarbeit, bei der ja häufig Optimierungsbedarf besteht. Dies wird hier nicht weiter erörtert, sondern dient eher als Ausblick und Anregung für mögliche andere Forschungsprojekte.

F) Aspekte interprofessioneller Zusammenarbeit

Unter der Hauptkategorie *Aspekte interprofessioneller Zusammenarbeit* werden die Subkategorien *F1 Ähnliche Haltung und Augenhöhe*, *F2 Auftrags- und Rollenklärung* sowie *F3 Nähe und Distanz* analysiert.

F1 Ähnliche Haltung und Augenhöhe

Die Berichte der Expert:innen decken sich mit den Befunden aus der Literatur: Eine ähnliche Haltung und die Begegnung auf Augenhöhe ist für eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit zentral. Eine ähnliche Haltung wird hier so verstanden, dass ein soziales Verständnis vorhanden ist.

Alle Expert:innen berichten, dass die Ärzt:innen, mit denen sie zusammenarbeiten, ein soziales Verständnis haben, und dass ein Arbeitsverhältnis auf Augenhöhe besteht. Expertin C erzählt von einer Ausnahme:

Dort, wo ich dem Arzt oder der Ärztin nicht auf Augenhöhe begegne, das bin ich nämlich auch schon, dort sind wir rausgegangen, weil dann funktioniert es nicht. Bei dieser Praxis haben wir uns verabschiedet nach zwei Jahren. Wenn du so eine Hierarchie hast, das ist die Praxis, die die MPAs hier unten [zeigt mit der Hand weit nach unten] behandelt, (.) Wenn du das nicht hast, musst du gehen, und dort haben wir zu lange gewartet. (Expertin C)

Das war eine wirtschaftlich denkende Praxis, (.) dort ging es nur um Medikamente, Labor, Labor, Labor, Labor. (.) Und Sozialberatung ist so, ja, herzig, aber ja. (.) Du bringst uns kein Geld, du besetzt unser Zimmer. (...) Und klar kommen auch nette Aussagen wie, du bist eine Entlastung, danke vielmals, dass du endlich mit dem die IV-Anmeldung gemacht hast, aber Geld hast du mir trotzdem nicht gebracht. Verstehst du, dann klappt das nicht. Das ist nicht professionell zusammenarbeiten, da sind wir einfach so zwei Welten. Und dort haben wir uns dann einfach verabschiedet. (Expertin C)

Dieser Abschnitt verdeutlicht die Verschränkung der zwei Hauptstränge im Diskurs um interprofessionelle Zusammenarbeit: den emanzipatorischen sowie den utilitaristischen Strang (siehe auch Kapitel 3.2). Der utilitaristische Strang fokussiert auf ökonomischer Effizienz. Der emanzipatorische Strang

setzt sich mit damit auseinander, die Dominanz einer Profession zu brechen zu Gunsten eines Arbeitsverhältnisses «auf Augenhöhe». Die Praxis, mit der die Zusammenarbeit abgebrochen wurde, zeichnet sich durch ein stark hierarchisches Arbeitsumfeld aus sowie eine statusbetonende Kommunikation. Verstärkt wird dieser Umstand dadurch, dass medizinische Leistungen bei der Krankenkasse abgerechnet werden können, nicht aber jene der Sozialen Arbeit. Das bedeutet, dass die Machtverhältnisse in dieser Praxis zu Ungunsten von Expertin C gestaltet wurden.

Bei Angeboten, die sich auf eine oder wenige Praxen beschränken, ist es laut Expertin C für eine Zusammenarbeit auf Augenhöhe auch wichtig, die angeschlossenen Ärzt:innen zu sensibilisieren:

Du musst den Ärzten aufzeigen, was der Benefit ist, oder wo du den Patienten weiterbringen konntest, oder wo du ein Problem gelöst hast von mir aus. (.) Ja. Warum ist es nützlich, Sozialarbeit zu implementieren: Also vor allem, welche Negativspirale man unterbrechen konnte, (.) mit ganz einfachen Interventionen vor Ort. (Person C)

C verschickt einmal im Monat eine Mail mit einem konkreten Fallbeispiel an die angeschlossenen Ärzt:innen. Zudem geht sie auf die Ärzt:innen zu, die neu in einer Praxis angestellt werden und macht Einträge in die Krankengeschichte (KG), die die Ärzt:innen lesen, deren Patient:innen sie beraten hat.

Tabelle 10 zeigt die förderlichen (rechts) und hinderlichen (mittig) Einflussfaktoren aus Sicht der Sozialarbeitenden auf, die eine ähnliche Haltung und die Augenhöhe beeinflussen.

Tabelle 10

Ähnliche Haltung und Augenhöhe

Herausforderung	Hinderlich	Förderlich
Ähnliche Haltung / Begegnung der Berufsgruppen auf Augenhöhe?	Mangelndes Verständnis für soziale Problemlagen Kein Interesse an einer Zusammenarbeit Stark betonte Hierarchie insbesondere bei engerer Zusammenarbeit Stark „wirtschaftlich denkende“ Praxen, insbesondere bei engerer Zusammenarbeit	Bio-psycho-soziales Verständnis Wenn die Hausärzt:innen die Vorteile verstehen, die Soziale Arbeit für sie und ihre Patient:innen hat Sensibilisierung der Ärzteschaft untereinander Sensibilisierung durch Sozialarbeitende, z.B. formelle und informelle Gespräche, Mails, Telefongespräche Fachartikel

Es wurden keine Abweichungen von der in der Literatur beschriebenen Faktoren für Misslingens- resp. Gelingensfaktoren für interprofessionelle Zusammenarbeit gefunden (siehe dazu Kapitel 3.2). Die in

der Literatur beschriebenen Faktoren wurden bestätigt und um situationsspezifische Eigenheiten ergänzt.

Gemäss Rüefli et al. (2020, S. 6) erfordert eine gelingende IPZ das Bewusstsein, dass soziale und gesundheitliche Probleme häufig zusammenhängen und daher mit einem koordinierten Ansatz gemeinsam angegangen werden sollen.

F2 Auftrags- und Rollenklärung

Ein koordinierter Ansatz gemäss Rüefli (2020) erfordert das Wissen um die Rollen und Aufträge der involvierten Berufsgruppen. Damit die IPZ gelingt, ist eine individuelle Auftrags- und Rollenklärung wichtig, also im konkreten vorliegenden Fall, welche Aufgaben und Rollen die Sozialarbeitenden in / für die Praxen übernehmen. So wissen die Ärzt:innen, was sie von den Sozialarbeitenden erwarten können und wenden sich in entsprechenden Fällen an sie.

Wer welche Rolle und welche Aufgabe hat, wird im Einführungsprozess sowie während der Umsetzungsphase ausgehandelt (siehe dazu Subkategorie C3 *Orientierung im Einführungsprozess*).

Expertin C berichtet, dass je nach Praxis unterschiedliche Rollen und Aufgaben ausgehandelt werden können, die die Sozialarbeit übernimmt: z.B. Case Management, die Übernahme von Einzelfällen, die Beratung des Teams usw. Ein und dieselbe Sozialarbeiterin kann also in unterschiedlichen Praxen unterschiedliche Rollen und Aufgaben definieren.

Die befragten Expert:innen gestalten ihre Rolle und Aufgabe in und für die Hausarztpraxen unterschiedlich. Auch die Auffassungen von Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen gehen auseinander. Dies steht auch in Zusammenhang mit der räumlichen *Nähe und Distanz* (Subkategorie F3). Experte B übernimmt z.B. auch Aufgaben, die nicht zu den klassischen Aufgaben Sozialer Arbeit gehören, um beispielsweise die MPA zu entlasten. Die Zusammenarbeit mit den Ärzt:innen der Praxis ist bei B eng. Patient:innen können beispielsweise den Ärzt:innen Unterlagen aushändigen, die sie wiederum B aushändigen. Zudem ist B auch noch für die Logistik in der Praxis verantwortlich. Zu Sozialer Arbeit im Gesundheitswesen sagt B:

Es sind zwei Dinge. Auf der einen Seite muss ein Umdenken stattfinden, dass die Soziale Arbeit genauso ein gesundheitsbezogener Beruf ist, wie Pflegefachfrauen ein sozial bezogener Beruf ist. (.) Es gibt viele Schnittstellen. Die eigene Profession kann erweitert und bereichert werden. (.) Das kostet. Es sind Auslagen, die nicht durch Fremdkapital abgedeckt werden, sondern durch Eigenkapital. (Expertin B)

Expertin D dagegen übernimmt ausschliesslich sozialarbeiterische Aufgaben. Sie schätzt die Unabhängigkeit ihres Angebotes und trennt auch gesundheitliche und soziale Berufsfelder strikter:

Ich finde, wir sind kein medizinischer Beruf. Und ich möchte auch nicht, dass wir einer werden. (.)// Wir bearbeiten soziale Probleme, (.) nicht medizinische. (.) Ergo müsste eigentlich die öffentliche Hand hier stehen. (.) Dass jetzt das Ärztenetzwerk dazu gekommen ist, zeigt wirklich, dass sie sehen, es hat eine medizinische Implikation, was man auch von der Theorie her weiss. Das ist ja klar, Armut und Krankheit ist sehr nahe. Das erlebe ich ja alltäglich. Und diesen Zusammenhang haben sie jetzt einfach erleben dürfen, dass es wirklich so ist, dass es ihnen im Rahmen von Gesundheitsförderung und Prävention etwas bringt. (Expertin D)

Es wird ersichtlich, dass die Sozialarbeitenden ihre Rollen und Aufgaben unterschiedlich gestalten. Dies kann unterschiedliche Gründe haben wie die persönliche Haltung, die Bedürfnisse der Praxis, zeitliche und finanzielle Einflussfaktoren, oder auch die räumliche Nähe resp. Distanz.

Tabelle 11 zeigt rechts die Herausforderung, nämlich die Auftrags- und Rollenklärung mittig die dazugehörigen hinderlichen und rechts die förderlichen Faktoren.

Tabelle 11

Auftrags und Rollenklärung

Herausforderung	Hinderlich	Förderlich
Auftrags- und Rollenklärung	Mangelnde Bekanntheit der Möglichkeiten des Angebotes Sozialer Arbeit Mangelnde zeitliche Ressourcen Ev. Räumliche Distanz	Bekanntheit des Angebotes, Persönliche Gespräche, Workshops, Sitzungen, Mails in denen Beispiele kommuniziert werden, Einträge in den Akten, die Ärzt:innen nachlesen können, Vernetzung der Hausärzt:innen untereinander (Subkategorie E7)

Dies deckt sich mit den Erkenntnissen von Rüefli et al. (2020, S. 6), wonach eine gelingende IPZ unter anderem auf einem klaren Wissen über die Rolle und Aufgaben der jeweils anderen Berufsgruppe basiert (Rüefli et al., 2020, S. 6).

F3 Nähe und Distanz

Je Institutionalisierungsform der interprofessionellen Zusammenarbeit variiert die räumliche Nähe bzw. Distanz zwischen den Sozialarbeitenden und der Ärzteschaft.

Experte B ist der integrierten Sozialberatung zuzuordnen und jeweils in der Gemeinschaftspraxis vor Ort. Er hat dort ein fixes Büro und kann sich sowohl in formellen als auch in informellen Settings mit den anderen Berufsgruppen austauschen.

Expertin C ist der ambulanten Sozialberatung zuzuordnen, sie rotiert jeweils halbtags zwischen acht Arztpraxen, in denen sie jeweils einen Raum zur Verfügung hat. Manchmal ist es möglich, informelle Settings wie eine Kaffeepause für einen Austausch mit anderen Berufsgruppen zu nutzen, jedoch nicht regelmässig.

Expertin D ist der externen Sozialberatung zuzuordnen. Sie hat ein eigenes Büro, in welchem sie die Patient:innen berät, die von den Hausärzt:innen zugewiesen werden. Der Austausch mit den Ärzt:innen, z.B. für Nachfragen oder Rückmeldungen, findet telefonisch oder schriftlich statt.

Dies birgt unterschiedliche Vor- und Nachteile, die Tabelle 12 schematisch dargestellt werden. Dazu ist links die Art der räumlichen Nähe und Distanz angegeben, mittig mögliche Nachteile und rechts die Vorteile.

Tabelle 12

Nähe und Distanz

Verhältnis von Nähe / Distanz	Nachteile	Vorteile
Die Sozialarbeitenden arbeiten in der Praxis	Z.T. verkleinert sich der Praxisgewinn, da ein Raum zur Verfügung gestellt werden und/oder das Angebot bezahlt werden muss. Das kann dazu führen, dass die Zusammenarbeit nicht zustande kommt	Die Kommunikation wird aufgrund der Nähe vereinfacht, auch informelle Gespräche sind möglich. Sensibilisierungsprozesse werden tendenziell vereinfacht
Die Sozialarbeitenden arbeiten nicht in der Praxis	Es finden weniger informelle Gespräche statt, die Berufsgruppen sensibilisieren sich tendenziell gegenseitig weniger	Es können mehr Praxen abgedeckt werden, also mehr Hausärzt:innen entlastet werden und tendenziell mehr komplexe Fälle bearbeitet werden

Aus Sicht der Autorin ist nicht eine Form der anderen vorzuziehen, sondern abhängig von den Präferenzen und Möglichkeiten / Voraussetzungen der Beteiligten zu gestalten (siehe dazu auch Subkategorie *D1 Organisationale Strukturierung der Projekte*).

Tendenziell werden Hausärzt:innen, die „näher“ an der Sozialen Arbeit sind, vermehrt auf soziale Probleme sensibilisiert, was dazu führen könnte, dass sie soziale Probleme bei ihren Patient:innen vermehrt erkennen und diese zu den Sozialarbeitenden schicken, oder dass die Sozialarbeitenden die Patient:innen in der Praxis sehen und entweder dort oder an Fallbesprechungen auf sie aufmerksam werden. Tendenziell kann davon ausgegangen werden, dass Praxen mit einer engeren Zusammenarbeit (z.B.

Projekt B) auch Patient:innen zuweisen, deren Bedarf sich weniger offensichtlich zeigt. Dies wäre im Sinne der Prävention und Früherkennung (vgl. Rüegg, 2021, S. 18) ein grosser Vorteil einer engeren Zusammenarbeit. Zudem lernen die Berufsgruppen mehr voneinander, und die interprofessionelle Zusammenarbeit kann enger gestaltet werden, sofern dies gewünscht wird.

Teilen die Sozialarbeitenden ihre Zeit jedoch auf mehrere Praxen auf, so können mehr Praxen von dem Angebot profitieren und damit wahrscheinlich auch mehr Patient:innen. Gerade ein Angebot, das für eine ganze Region zur Verfügung steht, entlastet eine Vielzahl an Hausärzt:innen, die mit den «schwierigen» Patient:innen überfordert sind. Es könnte hingegen sein, dass die weniger auffälligen Patient:innen niemandem auffallen und sich ihre soziale Problemlage erst noch verschlechtern „muss“, bevor sie Hilfe erhalten, falls es überhaupt dazu kommt. Das ist eine hypothetische Überlegung der Autorin. Wie stark die Hausärzt:innen tatsächlich auf soziale Problemlagen sensibilisiert sind und welche Faktoren darauf einen Einfluss haben, wäre jedoch in einem separaten Forschungsvorhaben zu untersuchen.

5. Schlussbetrachtungen

Gesundheitliche und soziale Probleme sind eng miteinander verknüpft, sie beeinflussen sich gegenseitig. Patient:innen sprechen in Hausarztpraxen häufig nicht nur über gesundheitliche, sondern auch über soziale oder psychische Probleme. Die klinische Sozialarbeit fusst auf dem bio-psycho-sozialen Modell sowie der Theorie der Salutogenese. Das Kerngebiet der Hausärzt:innen ist die Behandlung der medizinischen Probleme. Es ist daher sinnvoll, dass Patient:innen niederschwellig an Sozialarbeitende überwiesen werden können, wenn es soziale Probleme zu bearbeiten gibt. In Spitälern und Psychiatrien ist es bereits üblich, auf Angebote Sozialer Arbeit zu stossen. In Hausarztpraxen ist dies bisher jedoch selten der Fall, was insbesondere mit der fehlenden Finanzierung zusammenhängt.

Soziale Arbeit in und für Hausarztpraxen ist eine soziale Innovation und hat sowohl auf der Mikro- als auch auf der Meso- und der Makroebene erhebliches Potenzial. Auf der Mikroebene kann sie mittels Prävention und Früherkennung dazu beitragen, soziale Problemlagen möglichst frühzeitig zu erkennen und anzugehen. Weiter kann sie Einsamkeit der Patient:Innen mildern sowie deren Adhärenz (Therapiemotivation) stärken. Auf der Mesoebene kann sie einen Beitrag zur Interprofessionalität sowie zur Bekämpfung von Fachkräftemangel und Burnout-Risiko der Ärzteschaft leisten. Auf der Makroebene leistet sie einen Beitrag zur Milderung der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit.

Es existieren bereits einzelne Angebote Sozialer Arbeit in und für Hausarztpraxen. Diese wurden von Sozialarbeitenden aufgebaut, denen es mit viel Engagement und guter Vernetzung gelungen ist, strukturelle Hürden wie die fehlende Finanzierung zu überwinden und eine gelingende interprofessionelle Zusammenarbeit in und für Hausarztpraxen zu implementieren. Für die vorliegende Arbeit wurden im

Rahmen eines explorativen Forschungsprojekts vier solche Sozialarbeitende als Expert:innen interviewt. Das daraus gewonnene Datenmaterial wurde einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Es wurden Haupt- und Subkategorien gebildet, die darüber Auskunft geben, welche Faktoren die Einführung und Aufrechterhaltung Sozialer Arbeit in und für Hausarztpraxen beeinflussen. In Kapitel 4.4, den *Analyseergebnissen*, werden alle Einflussfaktoren dargelegt und in Tabellen hinsichtlich ihres förderlichen oder hinderlichen Charakters auf konkrete Problemstellungen bezogen. Dazu gehören personelle sowie prozessbezogene Faktoren, institutionelle Rahmenbedingungen, Vernetzung sowie Aspekte interprofessioneller Zusammenarbeit. Die Analyseergebnisse sollen insbesondere Sozialarbeitenden dienen, die sich damit auseinandersetzen, eigene Projekte Sozialer Arbeit in oder für Hausarztpraxen zu planen und umzusetzen. Dieser Zielgruppe vermittelt die vorliegende Arbeit praxisnahes Wissen der interviewten Expert:innen mit handlungsleitendem Charakter. Die wesentlichen Punkte aus den Analyseergebnissen seien hier nochmals kurz zusammengefasst.

Strukturierung der Angebote: Die vier untersuchten Projekte zeigen, dass es unterschiedliche Möglichkeiten gibt, Angebote Sozialer Arbeit in und für Hausarztpraxen aufzubauen und zu strukturieren, die auch von institutionellen Rahmenbedingungen abhängen. Bei Projekt A handelt es sich um eine externe Sozialberatung: eine selbständig erwerbende Sozialarbeiterin, die noch andere Standbeine hat. Sie übernimmt fallweise zugewiesene Patient:innen eines Arztes. Projekt B ist eine integrierte Sozialberatung: Der Sozialarbeiter ist in der Praxis angestellt. Projekt C ist der ambulanten Sozialberatung zuzuordnen: die Sozialarbeiterin ist bei einer grösseren gemeinnützigen Organisation angestellt und rotiert zwischen acht vertraglich angeschlossene Arztpraxen, in denen sie das Angebot aufgebaut hat. Projekt D ist wiederum eine externe Sozialberatung, wenn auch etwas anders gelagert als Projekt A: die interviewte Sozialarbeiterin hat einen gemeinnützigen Verein gegründet und ein externes Büro gemietet, in welches die zugewiesenen Patient:innen zur Beratung kommen. Der Zuständigkeitsbereich von Expertin D umfasst eine ganze Region. In den Aufbau der externen Sozialberatung (Projekte A und D) sind von den Sozialarbeitenden sehr viele unbezahlte Arbeitsstunden investiert worden. Sie haben die Projekte mehrheitlich alleine aufgebaut und sind auch für die Finanzierung verantwortlich.

Finanzierung: Die analysierten Projekte werden unterschiedlich finanziert: durch Stiftungsgelder (Projekte C und D), Beiträge von Ärztenetzwerken (Projekt D), durch Praxisgewinne (Projekte B und C) oder Querfinanzierungen (Projekt A). Um gegenüber der Krankenkasse oder der öffentlichen Hand ein Argumentarium für die Finanzierung zu haben, ist aktuell ein Forschungsprojekt der BFH in Planung, das mittels der Analyse von Krankenkassendaten herausfinden will, inwiefern Sozialarbeit in einem Behandlungsprozess langfristig die Kosten beeinflusst.

Interprofessionelle Zusammenarbeit: Im wissenschaftlichen Diskurs rund um IPZ gibt es zwei Hauptstränge: zum einen den utilitaristischen, der sich auf sachlich-ökonomischer Ebene mit Fragen der Effizienz befasst. In spannungsreicher Wechselwirkung mit diesem steht der emanzipatorische Diskursstrang, bei dem es um Fragen der Kooperationskultur «auf Augenhöhe» geht. Von einer Ausnahme abgesehen haben alle Expert:innen positive Erfahrungen gemacht bezüglich der Zusammenarbeit auf Augenhöhe im interprofessionellen Setting. Unabdingbar ist dafür, dass Sozialarbeitende und Ärzt:innen diesbezüglich eine ähnliche Haltung einnehmen. Weiter beeinflussen das Verhältnis von der räumlichen Nähe und Distanz sowie die Auftrags- und Rollenklärung das interprofessionelle Arbeitsverhältnis.

Verbreitung des Angebotes: In der Startphase beginnt die Zusammenarbeit mit Ärzt:innen, die ein ausgeprägtes soziales Verständnis aufweisen. Während der Umsetzungsphase findet innerhalb der Hausarztpraxis ein Sensibilisierungsprozess statt. Die dort angeschlossenen Ärzt:innen erkennen soziale Problemlagen und überweisen ihre Patient:innen vermehrt an die Sozialberatung. Lassen es die Angebotsstrukturen zu, wie beispielsweise bei der externen Sozialberatung, die für eine ganze Region zuständig ist, überweisen mit der Zeit immer mehr Praxen ihre Patient:innen an die Sozialberatung. Der Sensibilisierungsprozess betrifft hier eine ganze Region. Dies geschieht, ohne dass die Sozialarbeitenden aktiv Werbung für ihr Projekt machen, aufgrund der starken Vernetzung der Hausärzt:innen untereinander. Vernetzungsplattformen sind beispielsweise Kongresse, an denen die Ärzt:innen einander von der Entlastung erzählen, die sie aufgrund von Überweisungen einzelner Patient:innen an Sozialarbeitende erfahren haben. Aus den Analyseergebnissen vorliegender Arbeit wird ersichtlich, dass es für Projekte vorteilhaft ist, breit vernetzt zu sein. Dies wird vor dem Hintergrund der Netzwerktheorie von Granovetter (1973) sowie der Diffusionstheorie von Rogers (2003) betrachtet. Dies gilt nicht nur für das Zustandekommen sowie die Bekanntmachung des Angebotes, sondern auch für die Bewältigung ausserordentlicher Hindernisse wie z.B. die Coronapandemie. Die Vernetzung mit mehreren zuweisenden Arztpraxen und mehreren geldgebenden Institutionen begünstigt auch die Verteilung des Risikos von Abhängigkeiten auf mehrere Institutionen, sodass es weniger gravierend ist, wenn eine wegfällt.

Weiterführender Forschungsbedarf: Das Feld ist bisher sehr klein, was es verunmöglicht, abschliessende Erkenntnisse zu präsentieren. Für die Analyse wäre es hinsichtlich der Gelingens-/Misslingensbedingungen von IPZ auch interessant gewesen, Sozialarbeitende zu befragen, deren Projekte (im Verlauf des Prozesses) eingestellt wurden oder scheiterten. Für weitere Forschungsprojekte wäre es interessant, den Informationsfluss zu untersuchen, z.B. der Hausärzt:innen untereinander, um zu erfahren, welche Faktoren die Bekanntmachung des Angebotes oder dessen Übernahme beeinflussen. Mit der Untersuchung auf der Mikroebene könnten so Schlussfolgerungen auf der Makroebene gezogen werden (vgl. Diffusionstheorie). Auch der Austausch der Sozialarbeitenden untereinander wäre interessant, wie z.B. Versorgungslücken aufgrund mangelnder interinstitutioneller Kooperation entdeckt und

bearbeitet werden (oder Gründe zu eruieren, aus denen sie nicht bearbeitet werden). Interessant für weitere Forschungsarbeiten bezüglich Sozialer Arbeit in und für Hausarztpraxen wäre die Perspektive der Hausärzt:innen sowie der Patient:innen, die in vorliegender Arbeit lediglich indirekt abgebildet ist über die Aussagen der Sozialarbeitenden. Zudem unterliegt vorliegende Arbeit einer zeitlichen Beschränkung: die Nachhaltigkeit des Implementationserfolges wird sich erst in Zukunft zeigen. Nebst dem Bestehen der Angebote gibt es unterschiedliche Faktoren, an denen der Erfolg für die Beteiligten (z.B. Patient:innen, Ärzt:innen, Geldgeber:innen) gemessen werden könnte. Dies könnte in weiteren Forschungsarbeiten z.B. mithilfe von Vergleichsstichproben herausgefunden werden. Auf der Makroebene ist zu erforschen, welche versicherungs-/finanzierungsmässigen Anpassungen im Gesundheits- und Sozialwesen vorgenommen werden müssen, damit die Finanzierung der Angebote nicht vom Kreativ- und Improvisationstalent von einzelnen initiativen Einzelpersonen abhängig bleibt.

Die Autorin hofft, dass sich solche Angebote weiterverbreiten und das Einbinden von Fachpersonen Sozialer Arbeit in Behandlungsprozesse künftig in Hausarztpraxen zur Normalität gehört. So können nicht nur Hausärzt:innen entlastet werden, sondern insbesondere das Wohl der Patient:innen kann dank der möglichst frühen Bearbeitung sozialer Problemlagen verbessert werden.

6. Literatur- und Quellenverzeichnis

- Antonovsky, A. (1987/1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. (J. Franke, Übers.). DGVT-Verlag. (Original erschienen 1987)
- Atzeni, G., Schmitz, C., & Berchtold, P. (2017). *Die Praxis gelingender interprofessioneller Zusammenarbeit: Studie im Auftrag der SAMW*. *Swiss academies reports*, 12(2). Abgerufen von https://www.samw.ch/dam/jcr:45678758-579e-4d42-9511-a4d224fd48a9/studie_samw_interprofessionalitaet_2017.pdf
- AvenirSocial. (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz: Ein Argumentarium für die Praxis*. Abgerufen von <https://avenirsocial.ch/publikationen/verbandsbroschueren/>
- Bilder-Andorno, N., & Kapitza, T. (2021). Das ärztliche Ethos und die Macht des Geldes. In Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften & Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.), *Macht und Medizin* (S. 11–15). Abgerufen von <https://zenodo.org/records/5414418>
- Brotschi, M. (2023, 28. Juli). Hausärzte-Präsident warnt vor Kollaps. «Wir werden Patienten mit leichteren Erkrankungen abweisen müssen». *Tages-Anzeiger*. Abgerufen von <https://www.tagesanzeiger.ch/wir-werden-patienten-mit-leichteren-erkrankungen-abweisen-muessen-249871984283>
- Bundesamt für Gesundheit. (2020). *Forschungsbericht Interprofessionalität im Gesundheitswesen*. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen.html>
- Bundesamt für Gesundheit. (2024). *Projekt «Koordinierte Versorgung für ausgewählte Patientengruppen»*. 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 Statistik. (2018). Geburt des ersten Kindes: 70 % der Frauen befürchten negative Konsequenzen für ihre Karriere. Abgerufen von <https://www.seco.admin.ch/seco/de/home/seco/nsb-news.msg-id-76890.html>
- Bundesamt für Statistik. (2021). *Familien in der Schweiz: Statistischer Bericht 2021*. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/familien.assetdetail.17084546.html>

- Bundesamt für Statistik (BFS). (2022). *Armutsquoten in der Schweiz*. Abgerufen von <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/querschnittsthemen/wohlfahrtsmessung/alle-indikatoren/gesellschaft/armutsquote.html>
- Cacioppo, S., Capitanio, J. P., Cacioppo, J. T. (2014). *Toward a neurology of loneliness*. *Psychological Bulletin*, Vol 140(6), Nov 2014, 1464-1504
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2006). Antonovskys sense of coherence scale and the relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60 (5), 376–381. <https://doi.org/10.1136/jech.2005.041616>
- Franz, A. (2019). Adhärenz. *Socialnet*. Abgerufen von <https://www.socialnet.de/lexikon/Adhaerenz>
- Fraser, M. W., Lombardi, B. M., Wu, S., de Saxe Zerden, L., Richman, E. L., & Fraher, E. P. (2018). Integrated primary care and social work: A systematic review. *Health & Social Care in the Community*, 26(3), 279–290. <https://doi.org/10.1111/hsc.12337>
- Genau, L. (2019). Ein semistrukturiertes Interview führen mit Beispiel. *Scribbr*. Abgerufen von <https://www.scribbr.ch/methodik-ch/semistrukturiertes-interview/>
- Granovetter, M. S. (1973). The strength of weak ties. *American Journal of Sociology*, 78(6), 1360–1380. Abgerufen von <https://www.jstor.org/stable/2776392>
- Heldner, B. (2020). Soziale Arbeit und Salutogenese. Abgerufen von https://files.www.soziothek.ch/source/2020_ba_Heldner_zenodo4046483.pdf
- Helfferich, C. (2011). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews* (4. Aufl.). Wiesbaden: Springer.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and Mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>
- Hörsler, R., Köngeter, S., & Müller, B. (2013). *Grenzobjekte: Soziale Welten und ihre Übergänge*. Wiesbaden: Springer.
- Hošek, M., Honegger, E., & Stadler, A. (2020). Bessere Behandlung durch Sozialberatung in der Arztpraxis. *Bulletin des Médecins Suisses*. <https://doi.org/10.4414/bms.2020.19125>
- Karnowski, V., & Kümpel, A. S. (2016). Diffusion of innovations von Everett M. Rogers (1962). In M. Potthoff (Hrsg.), *Schlüsselwerke der Medienwirkungsforschung* (S. 97–108). Wiesbaden: Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-658-10140-4_8

- Kivimäki, M., Batty, G. D., & Pentti, J. (2020). Association between socioeconomic status and the development of mental and physical health conditions in adulthood: A multi-cohort study. *The Lancet Public Health*, 5(3), 140–149. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(19\)30248-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30248-8)
- Kuckartz, U., & Rädiker, S. (2022). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung* (5. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.
- Laer, L. (2017). *Das Schweizer Gesundheitswesen in Not?* In: Schweizerische Ärztezeitung 98 (36), S. 1164–1165. DOI: 10.4414/saez.2017.05837.
- Landesportal Sachsen-Anhalt. (2024). Was ist eine soziale Innovation? Abgerufen von <https://soziale-innovation.sachsen-anhalt.de/wissen/was-ist-eine-soziale-innovation>
- Lindström, B. & Eriksson, M. (2019). Von der Anatomie der Gesundheit zur Architektur des Lebens – Salutogene Wege der Gesundheitsförderung (Claudia Meier Magistretti, Übers.). In C. Meier Magistretti (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen: Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (S. 25–107). Bern: Hogreve.
- Liu & Mantwil. (2021). *How do we identify socially isolated and lonely older people in Switzerland?* Abgerufen von https://www.slhs.ch/media/j0sl2bsp/pb_final_social_isolation2.pdf
- Maas, R. E. K. (2019). Kohärenzsinn und Alltagserlebnisse. In C. Meier Magistretti (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen: Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (S. 137–146). Bern: Hogreve.
- McGregor, J., Mercer, S. W., & Harris, F. M. (2018). Health benefits of primary care social work for adults with complex health and social needs: A systematic review. *Health & Social Care in the Community*, 26(3), 279–290. <https://doi.org/10.1111/hsc.12337>
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2015). *Motivierende Gesprächsführung: Motivational Interviewing* (3. Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Mota, P., Selby, K., Gouveia, A., Tzartas, K., Staeger, P., Marion-Veyron, R., Bodenmann, P. (2019). Difficult patient–doctor encounters in a Swiss university outpatient clinic: Cross-sectional study. *BMJ Open*, 9, e025569. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025569>
- Pahud, O. (2019). Ärzt:innen in der Grundversorgung – Situation in der Schweiz und im internationalen Vergleich. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Pauls, H. (2013). *Klinische Sozialarbeit: Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (3. Aufl.). Weinheim und Basel: Beltz Juventa.

- Portz, R. (2021). Ethik, Entscheidung, Macht – ein Blick aus der klinischen Ethik. In Schweizerische Akademie der Geistes- und Sozialwissenschaften & Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.), *Macht und Medizin* (S. 5–6). Abgerufen von <https://zenodo.org/records/5414418>
- Rogers, E. M. (2003). *Diffusion of innovations* (5. Aufl.). New York: Free Press.
- Rüefli, C., Gerber, M., & Suppa, A. (2020). Erfolgsbedingungen bei der Etablierung interprofessioneller Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Sozialhilfe: Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Abgerufen von <https://www.bag.admin.ch/bag/de/home/das-bag/publikationen/forschungsberichte/forschungsberichte-interprofessionalitaet-im-gesundheitswesen/forschungsberichte-interprofessionalitaet-m15-erfolgsbedingungen-ipz.html>
- Rüegg, R. (2021). Soziale Arbeit in der Arztpraxis. Abgerufen von https://www.bfh.ch/dam/jcr:ed60d1b2-f100-4285-be6e-bf3f48927c89/210204_A4_S_Arbeit_Arztpraxis_d.pdf
- Rüegg, R., Eiler, K., Schüpbach, F., & Gherlach, C. (2022). *Soziale Arbeit in der Arztpraxis: Grundlagen und Umsetzung*. Abgerufen von https://www.bfh.ch/dam/jcr:97db0a95-b57d-4344-87af-910ae4b0f6e3/SA_in_der_Arztpraxis-Einf%C3%BChrung_und_Grundlagen.pdf
- Saam, M. (2021). *Gesundheit fördern und Krankheiten vorbeugen. Argumentarium*. Gesundheitsförderung Schweiz. (Arbeitspapier, 53). Abgerufen von https://promotionsante.ch/sites/default/files/migration/documents/Arbeitspapier_053_GFCH_2021_06_-_Gesundheit_foerdern_und_Krankheiten_vorbeugen.pdf
- Schreier, M. (2014). Varianten qualitativer Inhaltsanalyse: Ein Wegweiser im Dickicht der Begrifflichkeiten. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 15(1). Abgerufen von <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/2043/3635>
- Strübing, J. (2013). *Qualitative Sozialforschung. Eine komprimierte Einführung*. <https://doi.org/10.1515/9783110529920>
- van den Höfel, N., Reh, F., Antwerpes, F., & Wedig, M. P. (2023). Bio-psycho-soziales Modell. Abgerufen von https://flexikon.doccheck.com/de/Bio-psycho-soziales_Modell
- Volken, T., Bopp, M., & Rüesch, P. (2014). Intensität der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Schweizer Bevölkerung: Auswertung der Daten aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung. Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften. Abgerufen von

[https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/koordinierte ver-sorgung/Patient:innengruppen_schnittstellen/inanspruchnahme_gesundheitsleistun-gen.pdf.download.pdf/Inanspruchnahme_Gesundheitsleistungen.pdf](https://www.bag.admin.ch/dam/bag/de/dokumente/nat-gesundheitspolitik/koordinierte_ver-sorgung/Patient:innengruppen_schnittstellen/inanspruchnahme_gesundheitsleistun-gen.pdf.download.pdf/Inanspruchnahme_Gesundheitsleistungen.pdf)

Wälte, D., & Borg-Laufs, M. (Hrsg.). (2018). *Psychosoziale Beratung: Grundlagen, Diagnostik, Intervention*. Stuttgart: Kohlhammer.

7. Anhang

Anhang 1: Fragebogen Expert:inneninterview

- 0.1 Welches Leistungsangebot umfasst Ihre Sozialberatung in der Arztpraxis?
- 0.2 Seit wann bieten Sie Sozialarbeit in der Arztpraxis an?
- 0.3 Welche Berufsgruppen sind im interprofessionellen Behandlungsteam vertreten?
- 0.4 Wie kommen Sie an Ihre Klient:innen? ((Zuweisung durch Ärzteschaft? Anders?))
- 0.5 Wie ist Ihr Anstellungsverhältnis?

Einführungsphase

1. Erzählen Sie doch mal, wie es dazu gekommen ist, dass Soziale Arbeit in der Arztpraxis eingeführt wurde. Gemeinnützig und Steuerbefreit. / Bedarfserhebung. Beruflicher Hintergrund und Begeisterung!
 - a. (wie war das Vorgehen: welche Institutionen sind beteiligt? wer hat welche Institutionen mit welchen Argumenten für das Projekt gewinnen können?)
 - b. Welche Rollen /Aufgaben haben Sie dabei übernommen? ((Auf die Rolle d. Expert:in eingehen))
2. Erzählen Sie doch mal von den entscheidenden Momenten, die für die nachhaltige Finanzierung von Bedeutung waren. Wie ist es dazu gekommen, dass Ihr Angebot nachhaltig finanziert werden konnte?
 - a. Wie setzt sich die Finanzierung zusammen?
 - b. Wer hat sich um die Finanzierung gekümmert?
 - c. Wie ist es gelungen, die verschiedenen Institutionen dazu zu bringen, das Angebot zu finanzieren?
 - d. Woher hatten Sie notwendige Unterstützung? Und wobei haben Sie diese gebraucht?
 - e. Haben Sie Tipps / Empfehlungen für Sozialarbeitende, die sich ebenfalls mit der Finanzierungsfrage von sozialer Arbeit in Arztpraxen beschäftigen?
3. Wenn Sie an die unterschiedlichen Kulturen denken, die Sozialarbeitende und Ärzt:innen mitbringen, können Sie etwas darüber erzählen, wie sich das im Einführungsprozess gezeigt hat?
 - a. Was hat dazu geführt, dass Sie auf Augenhöhe mit Ärzteschaft zusammenarbeiten können? (falls nicht, was bräuchte es Ihrer Meinung nach, damit dies gelingen könnte?)
 - b. Welche Faktoren haben dazu beigetragen, dass zwischen Ärzt:innen und Ihnen ((und relevante andere Person im Team)) ein gemeinsames Verständnis für die Notwendigkeit eines interprofessionellen Behandlungsteams geschärft wurde? Welche Voraussetzungen mussten erfüllt sein, damit dieses gemeinsame Verständnis entstehen konnte?
4. Woher wussten Sie, welche Schritte bei der Einführung alles beachtet werden sollten? Woran haben Sie sich orientiert? Was war dabei für Sie besonders hilfreich?
5. Rückblickend auf den Einführungsprozess: wie lange hat der ungefähr gedauert? Können Sie etwas über Meilensteine, Wendepunkte, Entscheidende Momente, erzählen?
6. Wenn Sie nun auf den Einführungsprozess zurückschauen: was würden Sie heute anders machen oder was hat sich besonders bewährt, was Sie anderen Sozialarbeitenden empfehlen möchten, die ebenfalls Angebote der SA in AP einführen wollen? (fallen Ihnen dazu konkrete Beispiele ein?)

Umsetzung / Aufrechterhaltung

7. Können Sie eine «typische Woche» schildern?
8. Wenn Sie nun auf die Umsetzung der interprofessionellen Zusammenarbeit schauen: Bitte erzählen Sie etwas von der Zusammenarbeit mit der Ärztin/dem Arzt (dem der MPA, oder Personen aus 0.3) und Ihnen. Wie muss die Zusammenarbeit gestaltet werden, damit sie gelingt? Welche Aspekte sind hierbei entscheidend?
 - a. Wenn Sie daran denken, dass Ärzt:innen und Sozialarbeitende unterschiedliche «Kulturen» aufeinandertreffen: was fällt Ihnen dazu ein, woran Sie das merken? (Falls Sie das überhaupt merken).
 - b. Was hat dazu geführt, dass Sie auf Augenhöhe mit Ärzteschaft zusammenarbeiten können? (falls nicht, was bräuchte es Ihrer Meinung nach, damit dies gelingen könnte?)
9. Wenn Sie auf die Zusammenarbeit mit der Arztpraxis schauen: was würden Sie anderen Sozialarbeitenden empfehlen, die ebenfalls mit Ärztinnen oder Ärzten zusammenarbeiten wollen?
10. Gibt es etwas, das wir jetzt noch nicht besprochen haben, dass sie gerne noch erzählen würden / wichtig finden?

Anhang 2: Checkliste ausgewählte Fragen der Planung (übernommen von Rüegg et al., 2022, S. 53)

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

Ausgewählte Fragen der Umsetzung

- ☐ Werden die Abläufe der interprofessionellen Zusammenarbeit (Überweisung, Rückmeldung, Erreichbarkeit, etc.) regelmässig reflektiert? (Kapitel 4.6.4)
- ☐ Wird das Zusammenspiel der professionellen Rollen regelmässig reflektiert? (Kapitel 4.4)
- ☐ Finden gemeinsame Aktivitäten zur Pflege der interprofessionellen Kultur statt (Kapitel 3.4.3)
- ☐ Kann der/die Sozialarbeitende*in eine solide professionelle Identität entwickeln? (Kapitel 4.4.2)
- ☐ Wird die Qualität der Leistungen im Hinblick auf die angestrebten Ziele regelmässig überprüft und reflektiert? (Kapitel 3.4.5)
- ☐ Sind personelle Weiterentwicklungen und materielle Verbesserungen notwendig, um das Leistungsangebot anzupassen oder qualitativ zu verbessern? (Kapitel 3.4.5)
- ☐ Ist die langfristige Finanzierung vor dem Hintergrund allfälliger Änderungen des Bedarfs sichergestellt? (Kapitel 4.5)

KI-Deklaration

- Den Theorieteil in Kapitel 2.4 (Diffusionstheorie) habe ich geschrieben und von Chat GPT um ca. einen Drittel kürzen lassen.
- Das Quellenverzeichnis habe ich erstellt und von Chat GPT überarbeiten lassen.